



UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA
Faculdade de Motricidade Humana



**FACTORES PSICOSSOCIAIS NO TRATAMENTO DA OBESIDADE EM
MULHERES PRÉ-MENOPÁUSICAS COM PRÉ-OBESIDADE E OBESIDADE:
UM ESTUDO QUALITATIVO**

**Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia do Desporto**

Orientador

Professor Doutor Pedro Jorge Amaral de Melo Teixeira

Júri

Presidente:

Professor Doutor Sidónio Olivério da Costa Serpa

Vogais:

Professora Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Professor Doutor Pedro Jorge Amaral de Melo Teixeira

**ANA LUÍSA NUNES DOS SANTOS
2012**

AGRADECIMENTOS

Às Mulheres de “Peso”,
Ao Prof. Doutor Pedro Teixeira...

Ao Prof. Doutor Sidónio Serpa,
Ao Prof. Doutor António Palmeira...

A todos os colegas do Programa P.E.S.O.,
em especial...
... à Sílvia, à Teresa, à Rita e à Marlene...

À Dr^a Ana Almeida,
À Prof^a Doutora Sílvia Ouakinin,
À Dr^a Cilénia Baldaia,
Ao Dr. Carlos Góis,
Ao Dr. Jorge Luna Caldeira...

Aos meus amigos “psis” e “não psis”...
... Filomena, Vanda, Luísa, Ana e Catarina,
Ao Pedro...
À Deolinda...

À minha família,
em especial pais...
e às minhas “Marias” (avó e sobrinha)...

À Dr^a Odette André,
Ao meu avô António...

A TODOS, o meu profundo agradecimento!...

ÍNDICE GERAL

	Pág.
Índice de Tabelas	5
Introdução	6
Revisão de Literatura	10
A Obesidade no Contexto de Saúde Pública Mundial e em Portugal	10
Tratamentos para a Obesidade e suas Limitações	12
<i>O problema do atrito (desistência)</i>	14
O Estudo de Preditores Pré-tratamento	15
1) Peso inicial/IMC	20
2) Dietas anteriores e tentativas repetidas de perda de peso	21
3) Compulsão e desinibição alimentar	22
4) Auto-eficácia	24
5) Expectativas de resultado	25
6) <i>Locus</i> de controlo	26
7) Imagem corporal e auto-estima	27
8) Saúde psicológica e stress percebido	29
9) Suporte social	30
10) Qualidade de vida	31
11) Variáveis relacionadas como exercício	31
Estudos Qualitativos na área da Obesidade	33
Objectivos do Estudo	36
Metodologia	37
Desenho experimental e intervenção do Programa P.E.S.O.	37
Amostra	39
Instrumentos de Avaliação	40
<i>Medidas Antropométricas</i>	41
<i>Entrevista Semi-Estruturada</i>	41
Procedimentos	44
Análise estatística	47

	Pág.
Resultados	48
Discussão	55
Conclusão	67
<i>Vantagens e Limitações do Estudo</i>	68
<i>Recomendações de Directrizes</i>	68
Bibliografia	70
Anexos	78

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 – Classificação da obesidade em categorias – Organização Mundial de Saúde	10
Tabela 2 – Preditores e não preditores do controlo de peso	19
Tabela 3 – Caracterização da amostra	40
Tabela 4 – Questões incluídas na entrevista e as dimensões para as quais são remetidas	43
Tabela 5 – Descrição da amostra	48
Tabela 6 – Frequências e percentagens aos 0 meses para as variáveis psicossociais; nível de significância das diferenças entre as respostas	49
Tabela 7 – Frequências e percentagens aos 0 meses para as variáveis psicossociais; nível de significância das diferenças entre as respostas (continuação da Tabela 6)	51
Tabela 8 – Comparação dos valores médios e desvios padrão ao nível da percentagem de variação de peso entre 0 e 12 meses, nos diferentes grupos de mulheres criados a partir das variáveis psicossociais	53
Tabela 9 - Comparação dos valores médios e desvios padrão ao nível da percentagem de variação de peso entre 0 e 12 meses, nos diferentes grupos de mulheres criados a partir das variáveis psicossociais (continuação da Tabela 8)	59

INTRODUÇÃO

A Obesidade, um dos maiores problemas de saúde pública da actualidade, duplicou a sua prevalência num século. Aquelas que eram as grandes preocupações nos países desenvolvidos há um século – fome, tuberculose e outras doenças infecciosas – passaram para segundo plano e ganharam maior relevância outras doenças – diabetes, doenças cardiovasculares e cancro. O aumento da prevalência da obesidade, ao longo da segunda metade do século XX, acompanhou esta evolução. Estamos, desta forma, perante novos paradigmas na saúde e na doença (Carmo *et al.*, 2009).

É geralmente aceite que as causas da actual obesidade não são de origem genética, mas sim o resultado de mudanças nos ambientes em que vivemos. Embora reconhecendo a importância de factores ambientais, o papel central do comportamento desta epidemia não pode ser ignorado. É a nossa actividade física, alimentação e comportamentos sedentários que formam a interface entre a nossa biologia e os ambientes a que estamos expostos (Crawford & Ball, 2002). No entanto, a responsabilidade individual só pode ter o seu efeito completo, quando as pessoas têm acesso a um estilo de vida saudável. Portanto, a nível da sociedade é importante: apoiar os indivíduos no seguimento das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), através do compromisso político sustentado e da colaboração de muitas partes interessadas, públicas e privadas; fazer actividade física regular e ter hábitos alimentares saudáveis a preços acessíveis e de fácil acesso a todos, especialmente aos mais pobres (WHO, 2011).

Segundo a perspectiva de Wadden *et al.* (2002), a gestão da obesidade exigirá uma abordagem em duas vertentes. Em primeiro lugar, melhores tratamentos, nomeadamente comportamentais, farmacológicos e intervenções cirúrgicas, são necessários para os indivíduos que já são obesos. A segunda abordagem, e potencialmente mais promissora, é a de prevenir o desenvolvimento da obesidade, abordando o ambiente “tóxico”. Isto exige iniciativas de políticas públicas, como por exemplo, regular a publicidade de alimentos dirigida às crianças. Os mesmos autores não exigem a adopção de uma iniciativa política específica, mas propõem mudanças políticas, baseadas na visualização da obesidade como um problema de saúde pública.

Como resposta à segunda vertente da abordagem proposta anteriormente surge, adoptado pela Assembleia Mundial de Saúde em 2004, a Estratégia Global da OMS sobre Dieta, Actividade Física e Saúde, que descreve as acções necessárias para apoiar regimes alimentares saudáveis e actividade física regular. A estratégia chama todas as partes interessadas para tomar medidas a nível global, regional e local, para melhorar a dieta e padrões de actividade física ao nível populacional (WHO, 2011).

Tendo em conta a primeira vertente de abordagem proposta por Wadden *et al.* (2002), uma compreensão da falha nos comportamentos específicos que são importantes na etiologia da obesidade representa um dos principais entraves à sua prevenção. Portanto, uma melhor compreensão dos comportamentos que contribuem para o ganho de peso e obesidade é crucial, a fim de planear e implementar iniciativas eficazes de prevenção. Estudos sobre alimentação, actividade física e comportamentos sedentários, seus determinantes, e seu papel no ganho de peso e obesidade, entre os diferentes grupos da população, são prioridades de investigação urgente. Sem uma compreensão dos comportamentos chave que contribuem para o ganho de peso, e as influências sobre esses comportamentos, continuará a ser difícil identificar onde intervir no meio ambiente e estar confiante de que a acção vai prevenir a obesidade (Crawford & Ball, 2002).

Diversos estudos recentes têm mostrado o papel fundamental que comportamentos motivados, como o exercício físico regular, uma dieta saudável e o não fumar, pode desempenhar na manutenção da saúde. Muitas pessoas em risco de saúde têm os meios à disposição para melhorar a sua condição, assumindo que estão disponíveis para agir. Na verdade, o fracasso de muitas pessoas em aderir a comportamentos saudáveis representa um problema de saúde pública (Silva *et al.*, 2008).

Pesquisas sobre modelos de mudança de comportamentos fornecem teoricamente razões pelas quais as pessoas adoptam e mantêm o exercício e outros comportamentos de saúde e permitem uma análise significativa dos processos motivacionais envolvidos na auto-regulação comportamental. Embora a obesidade seja notoriamente difícil de reverter e a sua reincidência seja elevada, adoptar e manter um estilo de vida fisicamente activo é sem dúvida a estratégia mais eficaz para combatê-la a longo prazo (Silva *et al.*, 2008).

O excesso de peso e a obesidade são condições estigmatizantes, especialmente para as mulheres, e muitas vezes são associadas a estados disfóricos e problemas psicológicos (Byrne

et al., 2004). A perda de peso é recomendada como uma parte importante da gestão da condição clínica e as pesquisas suportam a ideia da utilidade de incluir a actividade física em programas de redução de peso (ACSM, 2001).

Durante as últimas três décadas os preditores de resultados dos tratamentos de obesidade têm sido periodicamente investigados em estudos de ensaios originais e referidos em diversos artigos científicos e capítulos de livros. As investigações têm concluído que predizer perdas de peso com uma precisão aceitável é difícil de conseguir, senão impossível. O elevado número de variáveis potencialmente envolvidas neste processo, cada uma explicando apenas uma pequena parcela da variação da mudança de peso, e as complexas interações entre os preditores, comportamentos e tipo de tratamento, são possíveis razões para a falha na concepção de um perfil ou modelo preditivo útil. As limitações conceptuais e metodológicas explicam, parcialmente, os resultados inconclusivos (Teixeira *et al.*, 2005).

Assim sendo, perceber as características iniciais dos participantes de programas de controlo de peso e o nível de prontidão para iniciar um programa é benéfico por duas razões: por um lado, permite otimizar a eficácia da intervenção para indivíduos ou grupos com perfis semelhantes; por outro, permite seleccionar/listar candidatos para fora do tratamento se o seu sucesso estimado for muito baixo. Isto protege-os de uma nova tentativa falhada, salvaguarda os recursos limitados e permite um maior foco nos indivíduos com mais possibilidades de sucesso (Teixeira, *et al.*, 2005).

Deste modo, o estudo apresentado na presente dissertação inseriu-se no âmbito do Programa PESO (Promoção de Exercício e Saúde na Obesidade), realizado no laboratório de Exercício e Saúde (LABES) da Faculdade de Motricidade Humana. O Programa PESO foi um estudo do tipo experimental, prospectivo, controlado, com distribuição aleatória por grupos, no qual foi realizada uma intervenção comportamental durante 1 ano e um acompanhamento sem intervenção no período dos dois anos seguintes. O objectivo principal deste programa de controlo de peso foi a promoção de alterações estáveis dos hábitos e estilos de vida em mulheres adultas, pré-menopáusicas e com excesso de peso, nomeadamente o aumento da actividade física e da motivação para a mesma, com o intuito de uma perda ponderal e de uma melhoria da sua saúde e qualidade de vida. O principal objectivo da intervenção foi delineado para a promoção de actividade física, com base na Teoria da Auto-Determinação (Decy & Ryan, 1985), fomentando a promoção da motivação intrínseca, auto-regulação e auto-eficácia para o exercício físico.

Esta investigação apresenta-se como um estudo descritivo e utiliza uma metodologia qualitativa, com entrevista semi-estruturada, para análise dos dados. Desta forma, são objectivos deste trabalho: (1) descrever as características psicossociais iniciais e variáveis relacionadas com a história do peso em mulheres pré-menopáusicas, num programa de controlo de peso; (2) identificar as variáveis psicossociais tendencialmente moderadoras da perda de peso, ao final de um ano de intervenção.

REVISÃO DA LITERATURA

A Obesidade no Contexto de Saúde Pública Mundial e em Portugal

Excesso de peso e obesidade são definidos como anormal ou excessiva acumulação de gordura prejudicial à saúde. A causa fundamental decorre de um desequilíbrio energético entre as calorias consumidas e as calorias gastas. Globalmente, tem havido um aumento da ingestão de energia através de alimentos que são ricos em gordura, sal e açúcares e uma diminuição da actividade física (WHO, 2011).

De acordo com a OMS (WHO, 2011) o Índice de Massa Corporal (IMC) é um índice simples, usado para classificar excesso de peso e obesidade em adultos e é definido como o peso da pessoa em quilos dividido pelo quadrado da sua altura em metros (kg/m^2). Um IMC maior ou igual a 25 está acima do peso e maior ou igual a 30 é considerado obesidade, tal como pode ser observado na tabela 1.

Tabela 1 – Classificação da obesidade em categorias – Organização Mundial de Saúde

Classificação de obesidade de acordo com a OMS		
Classificação	IMC	Risco de Comorbilidade
Peso baixo	<18.50	Baixo (mas risco acrescido de outros problemas clínicos)
Intervalo normal	18.50-24.99	Médio
Excesso de peso	≥25.00	
Pré-obesidade	25.00-29.99	Aumentado
Obeso classe I	30.00-34.99	Moderado
Obeso classe II	35.00-39.99	Grave
Obeso classe III	≥40.00	Muito grave

(adaptado de Carmo *et al.*, 2009)

Apesar do IMC ser a mais útil medida acerca de excesso de peso e obesidade, deve ser considerado apenas como um guia porque pode não corresponder ao mesmo grau de gordura em indivíduos diferentes. Também a OMS (WHO, 2011) refere que IMC elevado constitui

um factor de risco para doenças não transmissíveis, tais como: as doenças cardiovasculares (principal causa de morte em 2008); a diabetes; as lesões músculo-esqueléticas (especialmente a osteoartrite); e alguns tipos de cancro (endométrio, mama e cólon).

A obesidade atingiu proporções epidémicas em diversas nações desenvolvidas. Nos Estados Unidos da América, 27% dos adultos são obesos e mais 34% têm excesso de peso. Pesquisas realizadas na última década do século XX têm mostrado que as influências genéticas predis põem claramente alguns indivíduos à obesidade. No entanto, o aumento acentuado da prevalência parece ser atribuível a um ambiente “tóxico”, que implicitamente desencoraja a realização de actividade física e, por outro lado, incentiva o consumo de alimentos com alto teor de gordura e ricos em açúcar (Wadden *et al.*, 2002).

A obesidade é, por isso, considerada actualmente um grave problema de saúde tendo-se tornado, no final do século XX, num dos grandes problemas de saúde pública. No início do século XXI estimou-se que venha a ser um dos maiores problemas deste século (Carmo *et al.*, 2006). Esta “pandemia” está associada a maior risco de doenças e de mortalidade precoces. Nas doenças associadas destacam-se a diabetes tipo 2 e as doenças cardiovasculares. A diabetes tipo 2, que em cerca de 80% dos casos ocorre em obesos, tem prevalência crescente e neste momento já atinge crianças e adolescentes. A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que a atenção a ser dada em relação à obesidade e à diabetes se justifica pelo facto de estas doenças serem em grande parte evitáveis, uma vez que estão relacionadas com maus hábitos e comportamentos de risco para a saúde, isto é, estilos de vida menos saudáveis (Carmo *et al.*, 2009).

Os últimos dados da OMS referem que, actualmente, a obesidade é mais do dobro do que era em 1980. Em 2008, 1,5 bilião de adultos estavam acima do peso, dos quais cerca de 500 milhões eram obesos (mais de 200 milhões de homens e quase 300 milhões de mulheres). Cerca de 65% da população do mundo vive em países onde o excesso de peso e a obesidade mata mais pessoas do que o baixo peso e em 2010 quase 43 milhões de crianças menores de cinco anos estavam acima do peso considerado adequado (WHO, 2011).

Mudanças nos padrões alimentares e de actividade física são frequentemente o resultado de mudanças ambientais e sociais associados ao desenvolvimento e à falta de políticas de apoio

em sectores como saúde, agricultura, transportes, planeamento urbano, meio ambiente, processamento de alimentos, distribuição, marketing e educação (WHO, 2011).

Segundo Carmo *et al.* (2006) a situação em Portugal é em tudo semelhante à de outros países industrializados, no que concerne à questão da prevalência de excesso de peso e obesidade. O primeiro levantamento da prevalência de obesidade realizado em Portugal, através de medidas antropométricas (peso, altura, perímetro da cintura e perímetro da anca), foi feito entre 1995 e 1998. Um estudo mais recente, e dos mesmos autores (Carmo *et al.*, 2008), foi realizado com 8116 participantes com idades entre os 18 e os 64 anos. A recolha de dados foi entre Janeiro de 2003 e Janeiro de 2005 e revelou que apenas 2,4% da amostra apresentava um IMC baixo ($<18,5$), 39,4% tinha pré-obesidade (IMC entre 25 e 29,9) e 14,2% apresentava obesidade ($\text{IMC} \geq 30$). Em relação ao perímetro da cintura, 45,6% da amostra revelou um perímetro elevado, associado a maior risco de doenças cardiovasculares. A prevalência de excesso de peso/obesidade cresceu três pontos percentuais de um estudo para o outro, ou seja, de 49,6% (1995-1998) para 53,6% (2003-2005). Estes dados sugerem que, apesar da obesidade ter sido considerada há mais de uma década como um problema de saúde pública, as acções para contrariar esta evidência têm sido pouco eficazes até à data.

Tratamentos para a Obesidade e suas Limitações

A obesidade é uma condição heterogénea e as respostas a tratamentos são igualmente variáveis, nomeadamente a resposta a protocolos estandardizados para perda de peso. Nos contextos de vida real, factores fisiológicos e psicológicos individuais (alguns dos quais com uma forte influência genética) interagem de forma complexa com os factores do meio, produzindo uma vasta amostra de respostas individuais, tanto em termos de magnitude como nas taxas de variação de peso. Ao nível psicológico a variabilidade individual é a norma. Por exemplo, algumas pessoas percebem o seu excesso de peso como emocionalmente *stressante* enquanto outras com pesos semelhantes parecem não ficar afectadas (Friedman *et al.*, 1995); por outro lado, as percepções individuais do peso e forma corporal podem determinar a imagem corporal e a qualidade de vida, mais do que o peso por si só; um outro exemplo sugere que subgrupos de indivíduos que realizam tratamento para a obesidade têm uma relação disfuncional com a alimentação, enquanto outros dispõem de uma relação

normal; por outro lado ainda, em alguns indivíduos (noutros não!) que realizam dietas surge um impacto psicológico negativo (Teixeira *et al.*, 2005). A variabilidade de respostas a tratamentos para a obesidade parece não ser clara e os investigadores não estão aptos a explicar o porquê de alguns sujeitos adoptarem atitudes e comportamentos com vista à perda de peso, e outros não (Wing, 2003).

Nas últimas décadas a maioria dos estudos sobre tratamentos tem-se focado em desenvolver e contrastar modalidades de tratamento em grupos de sujeitos randomizados, enquanto a investigação acerca de quais os tratamentos mais eficazes para cada indivíduo tem recebido menos atenção (Schwartz & Brownell., 1995). As diferenças psicológicas, biológicas e ambientais entre os obesos são demasiado grandes para que um simples tratamento seja eficaz para esta população, se for considerado como um grupo homogéneo (Fitzgibbon & Kirchenbaum, 1990). Ou seja, alguns tratamentos serão úteis a determinados sujeitos mas nenhum tratamento é eficaz para todos, pelo que se torna necessária uma melhor adequação das características dos tratamentos às necessidades dos pacientes (Teixeira *et al.*, 2005).

As *guidelines* para a identificação, avaliação e tratamento do excesso de peso e obesidade indicam que determinados factores psicológicos devem ser considerados quando se tomam decisões em termos de tratamento, nomeadamente: preferências pessoais, expectativas, atitudes face à actividade física, desgaste emocional, depressão e imagem corporal (Wadden *et al.*, 2002).

Estudos retrospectivos identificaram características comportamentais e psicológicas associadas ao insucesso da perda de peso a longo prazo. Ao nível das características comportamentais, surgiram: baixos níveis de actividade física; falta de auto-monitorização; alimentação emocional; e dieta rica em gorduras. Ao nível das características psicológicas, surgiram: pensamento dicotómico; auto-estima dependente do peso e forma corporais; objectivos irrealistas de peso; baixa auto-eficácia e elevados níveis de ansiedade e depressão (Byrne *et al.*, 2003; Wing & Hill, 2001). Contudo, a capacidade preditiva das variáveis no *baseline* foi de apenas 20-35% no que concerne ao peso perdido (Teixeira, *et al.*, 2002; Kiernan *et al.*, 1998).

Apesar de, em geral, as intervenções não revelarem resultados muito satisfatórios, existe uma minoria de indivíduos que consegue perder peso e manter o peso perdido, ou seja, nestes casos as intervenções são bem sucedidas: levam a uma perda ponderal e exercem influência

nos comportamentos associadas à manutenção do peso. Uma vez que a obesidade é, por si só, uma entidade clínica bastante complexa, muito dificilmente um único protocolo estandardizado seria eficaz para todo o tipo de indivíduos com excesso de peso, tendo em conta a interacção de factores individuais (genéticos, psicológicos e comportamentais) e factores ambientais (Williams *et al.*, 1996).

De acordo com Teixeira *et al.* (2005), muitos estudos têm tentado prever os resultados em termos de peso através de informação recolhida junto dos participantes, antes de iniciarem os programas de controlo de peso. Contudo, até à data, os esforços têm resultado em modelos com pouca utilidade prática. Baranowky *et al.* (2004) chamam a atenção para a necessidade de maior confiabilidade e validade das medidas usadas em intervenções de mudança de comportamentos. Uma das razões para a pesquisa sobre a prevenção e tratamento da obesidade ter dificuldade em encontrar resultados efectivos nas intervenções deve-se, provavelmente, à má qualidade das medidas, o que atenua a capacidade de detectar mudanças.

Identificar preditores significativos dos resultados de perda de peso é, por isso, fulcral para a melhoria dos tratamentos na obesidade, no sentido em que pode ajudar os profissionais a focalizarem esforços, a sugerirem tratamentos alternativos e a ajustarem os melhores tratamentos aos indivíduos (Teixeira, *et al.*, 2005). Este desafio permanece na actualidade, uma vez que ainda hoje não se conseguiu caracterizar “o perfil” do participante de sucesso, que não desiste do tratamento antes da intervenção terminar e mantém, a longo prazo, o peso que perdeu. O estudo das variáveis predictoras permite determinar as características associadas a uma maior probabilidade de adoptar e manter as atitudes e comportamentos associados à perda e manutenção do peso e antever resultados, a curto e longo prazo, em programas de controlo do peso (Wing, 2003).

O problema do atrito (desistência)

A falta de finalização dos programas de tratamento, ou dos dados de *follow-up* por parte dos participantes, representam uma limitação importante nos estudos de controlo de peso e no sucesso dos programas em si.

A generalização dos resultados é particularmente sensível ao erro causado pela análise de dados apenas dos participantes que completam o tratamento, por vezes constituindo um

subgrupo de 40-50% dos participantes da amostra inicial (Teixeira *et al.*, 2005). O *dropping out* do tratamento é muitas vezes associado a mais baixas perdas de peso antes dos participantes desistirem, comparativamente com os participantes que completam o tratamento (Pratt *et al.*, 1992).

Fabricatore *et al.* (2009) concluem que o atrito que ocorre na maior parte dos estudos sobre o tratamento da obesidade limita a capacidade para analisar e interpretar os resultados. A redução das taxas de atrito poderia fazer melhorar a qualidade dos dados recolhidos nestes estudos e aumentar os resultados de perda de peso, oferecendo aos participantes a oportunidade de beneficiar da intervenção.

Os mesmos autores dizem que a investigação futura deveria explorar os mecanismos que explicam as relações entre estes factores identificados neste (deles) estudo e os resultados dos tratamentos. Adicionalmente deverão procurar fazer-se esforços para determinar como é que os critérios de inscrição/inclusão, tal como o tipo de tratamento, duração e método de entrega (p.e., por site ou contactos distantes), podem ser modificados de forma a reduzir o atrito e promover o sucesso de perda de peso.

Segundo Teixeira *et al.* (2005), não usar os dados de *baseline* para os sujeitos que não completam o estudo/tratamento pode causar uma substancial redução na variância e capacidade preditora, resultando num menor poder estatístico. Avaliar preditores da consecução de um programa (vs. os *drop-outs*), é uma alternativa ou um procedimento complementar. A desistência de um estudo é sempre o pior cenário para qualquer participante.

O Estudo de Preditores Pré-Tratamento

A relação das variáveis psicológicas (cognitivas, atitudinais, afectivas) com a actividade física, comportamento alimentar, peso e imagem corporal têm sido frequentemente analisadas, pois parecem estar associadas a mecanismos críticos de mudança e adopção de comportamentos, essenciais para manutenção do peso a longo prazo (Teixeira *et al.*, 2005). Os “marcadores de sucesso” podem ser variáveis avaliadas no pré-tratamento, após o tratamento, durante a intervenção (mudança) ou de forma retrospectiva. As variáveis pré-tratamento são particularmente interessantes uma vez que permitem potencialmente

direccionar o doente para a intervenção mais eficaz para o seu perfil (Elfhag & Rossner, 2005). A criação de programas de intervenção que sejam adequados às necessidades e características individuais, são as orientações actuais de algumas instituições governamentais (Institute of Medicine, 1995).

O estudo das variáveis preditoras de sucesso no tratamento da obesidade é uma das linhas de investigação mais importantes na área do controlo do peso (Baranowski *et al.*, 2004). A predição de resultados em programas de controlo de peso seria altamente benéfica para todos os intervenientes no processo, como já foi referido anteriormente, tendo vários aspectos promissores (Teixeira *et al.*, 2005), como o ajustar cada indivíduo ao tipo de tratamento mais adequado para as suas necessidades (Brownell e Waden, 1992; Teixeira *et al.*, 2002). Se fossem também conhecidas as características individuais associadas ao insucesso, seria possível adequar os recursos às necessidades particulares de cada pessoa (Weiss, 1977; Elfhag, 2005). Indivíduos com grande probabilidade de não atingirem os objectivos ou de desistirem poderiam ser encaminhados para uma outra abordagem mais adequada às suas características também, ou aconselhados a adiar o tratamento, evitando emoções de frustração causadas pelo insucesso (Kiernan *et al.*, 1998; Teixeira *et al.*, 2004a). Um outro aspecto que tem vindo a ser referido como importante, é a criação de instrumentos de avaliação do grau de prontidão para a perda de peso. Este questionário poderia ser aplicado a pessoas que querem iniciar um programa de controlo do peso e avaliaria a “capacidade real” de perda de peso naquele tipo de intervenção (Teixeira *et al.*, 2001; Teixeira *et al.*, 2004b). Esta linha de investigação preocupa-se com a definição de um perfil de “resistência” à perda ponderal e em compreender melhor as causas da obesidade na sociedade.

No estudo de preditores de sucesso importa definir os conceitos de variáveis moderadores e mediadoras. Um *moderador* é uma variável quantitativa ou qualitativa que afecta a direcção e força de relação entre uma variável independente/preditor e a variável dependente/critério (Baron & Kenny, 1986). No estudo da obesidade, um moderador é uma variável que representa características individuais presentes antes da intervenção e que se correlaciona com a medida de sucesso. Esta variável permite identificar subgrupos de indivíduos sobre os quais a intervenção vai ter efeitos distintos, definindo quem pode beneficiar mais com o tratamento. A variável critério é uma variável associada com o sucesso na intervenção, ou seja a perda de peso (variável contínua) ou perda de peso superior/inferior a 5% ou 10% (variável dicotómica). Uma outra categoria de “sucesso” poderá ser a conclusão da intervenção. A variável moderadora tem que ser uma característica individual inicial, avaliada previamente à

aleatorização (não relacionada com o tipo tratamento), mas que se relaciona com o sucesso da intervenção. Apesar de não explicar como o tratamento funciona, permite identificar as diferenças individuais que influenciam a resposta ao tratamento. Os moderadores do tratamento identificam para quem e em que circunstâncias os tratamentos funcionam (Kraemer *et al.*, 2002). Esta informação é relevante na decisão de qual o tipo de tratamento a fazer num determinado paciente. Este “encaixe” entre doente e tratamento já foi também identificado como prioritário para o controlo das proporções epidémicas da obesidade (Brownell & Waden, 1992). É inclusivamente um dos três critérios sugeridos para avaliar a qualidade dos programas de controlo do peso sugeridos pelo Institute of Medicine (1995). Uma intervenção que tem em conta as particularidades dos seus participantes, adequando o seu programa aos mesmos, terá melhor hipótese de ser bem sucedida. Algumas pessoas podem responder melhor a uma intervenção farmacológica, enquanto para outros será mais adequada uma intervenção mais dirigida a factores psicológicos ou o tratamento cirúrgico. Julga-se, no entanto, que a importância de factores comportamentais é transversal a qualquer tipo de intervenção, devendo sempre ser considerados (Wing & Hill, 2001; Elfhag & Rossner, 2005). Um *mediador* é uma variável que revela a relação entre o preditor e a variável critério, e explica como eventos externos (físicos) têm significância interna (psicológica) (Baron & Kenny, 1986). Na área do sucesso no tratamento da obesidade, identifica os mecanismos através dos quais o tratamento faz efeito e relaciona o tipo de tratamento com os resultados obtidos (Kraemer *et al.*, 2002). A variável mediadora permite identificar os possíveis mecanismos da relação causal entre o tratamento e os resultados. O mediador correlaciona-se quer com o tratamento, quer com a medida de sucesso. É a interacção do tratamento com mediador que explica os resultados finais. Sem a influência do mediador, a intervenção não surtiria efeito na variável de sucesso.

Nas últimas décadas tem sido possível assistir à publicação de vários trabalhos sobre preditores de sucesso, tendo-se iniciado com a revisão pioneira de Weiss (1977). O autor, procurando perceber a razão da grande variabilidade de respostas ao tratamento da obesidade, avaliou características demográficas, da personalidade, da história do peso e estilo de auto-reforço, sendo a última o grupo de variáveis mais promissoras. Os indivíduos que mais frequentemente usavam o *feedback* positivo pareciam ter mais sucesso. Outras variáveis identificadas, mas de forma não consistente, foram um *locus* de controlo mais interno e menor número de tentativas prévias de perda de peso. O autor sugeriu que indivíduos com o *locus* de controlo mais externo talvez pudessem beneficiar de um tratamento mais controlado por um

profissional de saúde ou fossem, em alternativa, direccionados para intervenção comportamental antes de iniciar um programa convencional de controlo do peso.

Numa revisão feita pelo Institute of Medicine (1995) foram identificados alguns preditores de perda de peso. Os resultados sugeriram a existência de relação preditiva entre a perda de peso e o peso inicial e a auto-eficácia alimentar (relação positiva com a perda de peso), e as tentativas repetidas de perda de peso e o stress percebido (associação negativa). Outras variáveis, como a compulsão alimentar, a restrição alimentar, a psicopatologia e os factores da personalidade, não foram preditoras.

Também Elfhag & Rossner (2005), através da revisão de 57 artigos publicados entre 1980 e 2004, tentaram definir um perfil de sucesso e insucesso para manutenção de peso perdido (após uma intervenção de seis meses, no mínimo). Concluíram que os indivíduos com hábitos de auto-monitorização do peso e da ingestão alimentar, com maior auto-eficácia e autonomia, e que lidam melhor com recaídas na dieta, parecem ter maior probabilidade de manter o peso perdido.

O trabalho de revisão mais recente, acerca dos preditores psicossociais da perda de peso é o de P. J. Teixeira, S. B. Going, L. B. Sardinha & T. G. Lohman, publicado em 2005. A referida revisão analisou artigos dos 10 anos anteriores a 2004. Tiveram como principais objectivos, por um lado, rever os melhores preditores psicossociais de perdas de peso a curto e longo prazo (1 ano ou mais) e, por outro, identificar as necessidades de investigação e propor directrizes para futuros estudos nesta área (Teixeira *et al.*, 2005). Podem constituir variáveis preditoras as características demográficas (idade, sexo), psicológicas, comportamentais, sociais, história do peso e tentativas anteriores de perda de peso, expectativas de resultados da intervenção, saúde mental, entre outras. Segundo os autores desta meta-análise, não foram analisadas, na maioria dos estudos, as variáveis socio-demográficas (idade, sexo, estado civil, rendimento, nível de escolaridade...) como preditoras. Contudo, o peso inicial foi muitas vezes considerado preditor dos resultados pós-tratamento. Habitualmente, actividade física, dieta e terapia comportamental têm sido recomendadas a todos os sujeitos obesos de forma frequente. Nesta revisão foram incluídos apenas os estudos que envolvessem programas de modificação comportamental de estilos de vida, com mudanças através de dieta, ou dieta e exercício físico em conjunto. Foram utilizados 29 estudos, reflectindo 38 modelos preditivos de perda de peso e/ou manutenção. Assim, os resultados dos estudos originais publicados desde 1995 revelam como preditores de sucesso no controlo do peso as seguintes variáveis:

história de poucas tentativas anteriores de perda de peso e estilo cognitivo auto-motivado e autónomo. Também o IMC inicial elevado surge correlacionado com maiores perdas de peso absoluto, em amostras de pessoas com graus de obesidade mais elevados. Por outro lado, variáveis como a alimentação compulsiva, a desinibição/restricção alimentar e a depressão/humor não constituem preditores de resultados ao nível do peso, quando medidos antes do tratamento. Para uma série de outros construtos psicossociais (auto-eficácia alimentar, auto-imagem, auto-estima, expectativas dos resultados, qualidade de vida específica do peso e diversas variáveis relacionadas com exercício, entre outros) as evidências são sugestivas mas inconsistentes ou escassas para se poder tirar conclusões. Os resultados desta revisão são resumidos, de forma clara, na tabela 2.

Tabela 2 – Preditores e não preditores do controlo de peso

	Preditores	Não preditores
Evidência consistente	<ul style="list-style-type: none"> - Menos dietas prévias, menos tentativas de perda de peso - Auto-motivação, eficácia geral, autonomia 	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentação emocional/ compulsão alimentar - Depressão, psicopatologia, humor - Desinibição alimentar, alimentação externa - Restrição cognitiva (alimentação), dietas “crónicas” - Percepção de fome
Evidência contraditória	<ul style="list-style-type: none"> - Índice de massa corporal/peso iniciais - Imagem corporal, satisfação com o tamanho - Auto-estima - Auto-eficácia para a alimentação - Objectivos/expectativas realistas de perda de peso - <i>Locus</i> de controlo interno 	<ul style="list-style-type: none"> - Personalidade, estilo cognitivo geral - Percepção do suporte social
Evidência sugestiva	<ul style="list-style-type: none"> - Auto-eficácia para o exercício físico - Menor percepção de barreiras para o exercício - Qualidade de vida (específica da obesidade) - Percepção de suporte (social) autónomo - Ausência de comportamento bulímico - Estilo cognitivo nas falhas da dieta 	<ul style="list-style-type: none"> - Baixa percepção de stress, ansiedade - Suporte social para o exercício - Desempenho cognitivo - Qualidade de vida (geral)

(adaptado de Teixeira *et al.*, 2005)

Apesar de Teixeira *et al.* (2005) considerarem, actualmente, como preditores consistentes do controlo do peso um menor número de tentativas anteriores de perda de peso e maior auto-eficácia e auto-motivação, vários estudos mais recentes têm salientado outros potenciais preditores como: a saúde mental (Fabricatore *et al.*, 2009; Inelman *et al.*, 2005), objectivos de perda de peso (Carels *et al.*, 2005; Dalle Grave *et al.*, 2005a; Linde *et al.*, 2005), *locus* de controlo (Adolfsson *et al.*, 2005), satisfação com a imagem corporal (Annesi e Whitaker, 2009) e auto-estima (Fabricatore *et al.*, 2009; Mikhail *et al.*, 2009). Outros trabalhos

confirmaram o que já era conhecido sobre algumas variáveis como o número de dietas anteriores (Vogels *et al.*, 2005) ou auto-eficácia (Linde *et al.*, 2006). No entanto, a maioria destas análises refere-se ao sucesso imediatamente a seguir ao final da intervenção ou com um período muito limitado de seguimento. Torna-se, por isso, necessário conhecer quais as variáveis que podem moderar a perda continuada de peso e/ou a manutenção do peso perdido.

Em seguida serão apresentadas e descritas pormenorizadamente, as variáveis preditoras de perda de peso que Teixeira *et al.* (2005) identificaram como sendo as mais pertinentes, descritas na literatura entre 1995 e 2004:

- 1 – Peso inicial/IMC
- 2 – Dietas anteriores e tentativas repetidas de perda de peso
- 3 – Compulsão e desinibição alimentar
- 4 – Auto-eficácia
- 5 – Expectativas de resultados
- 6 – *Locus* de controlo
- 7 – Imagem corporal e auto-estima
- 8 – Saúde psicológica e stress percebido
- 9 – Suporte social
- 10 – Qualidade de vida
- 11 – Variáveis relacionadas com o exercício

1) Peso Inicial/IMC

Revisões prévias indicam geralmente que um peso inicial elevado está associado a maiores perdas de peso absolutas durante o tratamento (Institute of Medicine, 1995). Na revisão de Teixeira *et al.* (2005), seis estudos evidenciaram uma associação entre o IMC inicial e o peso final, ou seja, para um IMC inicial mais elevado, maiores perdas de peso. Em contraste, dois estudos revelaram associações negativas e oito estudos não mostraram qualquer associação. Outros dois estudos mostraram associação significativa mas a direcção da associação poderá não estar confirmada. Os autores sugerem a necessidade de olhar para o peso inicial como um preditor significativo de resultados.

2) Dietas Anteriores e Tentativas Repetidas de Perda de Peso

Segundo Jeffery *et al.* (1991), estima-se que entre 61-75% das mulheres já tentaram perder peso em algum momento da sua vida e entre 26-44% estão actualmente a tentar fazê-lo.

A revisão realizada pelo Institute of Medicine (1995), concluiu que a história de oscilações de peso não é preditiva de resultados em termos de peso. No entanto, a frequente participação em programas de perda de peso e a história de repetidas tentativas de perda de peso correlacionou-se negativamente com a perda de peso. Os autores concluíram também que mecanismos específicos não foram ainda identificados e não pode ser excluída a ideia de que a história de tentativas falhadas pode reflectir uma resistência fisiológica à perda de peso, quer se desenvolva ao longo dos anos ou seja a expressão de um traço genético particular. Assim sendo, esta variável pode reflectir um determinado “perfil” de resistência individual à perda de peso, perfil este que pode estar relacionado com factores ambientais, fisiológicos e psicológicos ou com a interacção destes entre si.

Nos artigos publicados posteriormente à revisão do Institute of Medicine (1995), foram também encontradas associações entre o número de tentativas anteriores de perda de peso e o sucesso na intervenção (Kiernan *et al.*, 1998; Teixeira *et al.*, 2002; Teixeira *et al.*, 2004a; Teixeira *et al.*, 2004b; Vogels *et al.*, 2005).

Num programa realizado nos EUA (Teixeira *et al.*, 2004a), de intervenção comportamental com quatro meses de duração e um ano de seguimento, menos de metade das mulheres completaram o programa, entre aquelas que reportaram inicialmente mais do que 4 tentativas de perda de peso no ano anterior. Das que não finalizaram o programa, apenas 15% perderam 5% ou mais do seu peso corporal aos 16 meses. Segundo estes mesmos autores, é esperado que o iniciar mais precocemente tentativas de perda de peso se traduza num maior número absoluto de tentativas no futuro.

Também numa outra intervenção comportamental (Kiernan *et al.*, 1998), num grupo seleccionado de participantes (sem insatisfação com a sua figura corporal), a história de várias tentativas prévias de perda de peso diminuiu as hipóteses de sucesso no programa (reduzir o IMC em duas unidades) em 28%.

Num estudo epidemiológico (Korkeila *et al.*, 1999), uma história prévia de tentativas ou uma tentativa actual de perda peso associou-se a um aumento de peso durante o período de seguimento. As mulheres entre os 30 e 54 anos de idade que estavam a tentar perder peso, tiveram um risco 2,5 vezes superior de aumentar o seu peso durante os 6 anos de seguimento, em comparação com as mulheres que não estavam a tentar perder peso. Os autores referem que cerca de um quarto das mulheres inicialmente em dieta tinham ganho mais de 10 kg ao fim de 15 anos de seguimento, por comparação a apenas 13% das mulheres que não estavam a fazer dieta no início do seguimento.

Na revisão de Teixeira *et al.* (2005), muitos resultados de estudos publicados antes e depois de 1995 sugerem que a anterior participação em programas de controlo de peso e/ou dietas anteriores, constituem variáveis preditoras de piores resultados de perda de peso durante e após o tratamento para a obesidade. Nos diferentes modelos encontrados pelos autores, esta variável foi capaz de explicar 6 a 21% da variação do peso perdido. De acordo com os autores, 4 a 5 tentativas de perda de peso no último ano parece ser o ponto de corte para predizer o insucesso num programa de controlo do peso.

Por todos estes estudos apresentados conclui-se que a maior quantidade de tentativas prévias de perda de peso é um dos preditores mais consistentes para o insucesso do tratamento comportamental da obesidade. Poderemos pensar nesta associação como um ciclo vicioso de sucessivas tentativas e fracassos de perda de peso, motivadas por um conjunto de características dos indivíduos, que promove uma resistência ao processo de perda de peso.

3) Compulsão e Desinibição Alimentar

Apesar de muitas pessoas relatarem comportamentos de compulsão alimentar, comumente vistos como um factor negativo no controlo do peso e associados a uma maior percepção de barreiras à perda de peso, os dados dos estudos revelam pouca ou nenhuma associação entre mudanças de peso durante o tratamento e a compulsão alimentar no *baseline* (Teixeira *et al.*, 2005). Por um lado, algumas evidências indicam que os sujeitos com maiores níveis de comportamento alimentar compulsivo fazem mais *drop-outs* que os que não têm esse comportamento. Isto sugere que alguns sujeitos com alimentação compulsiva não aderem aos novos padrões de alimentação propostos pelas intervenções comportamentais e abandonam os

programas antes de os finalizarem. Por outro lado, outros estudos revelam taxas de desistência semelhantes entre sujeitos com e sem patologia do comportamento alimentar.

Na revisão de Teixeira *et al.* (2005) foram identificados 19 modelos de predição de sucesso usando variáveis relacionadas com a compulsão alimentar e a alimentação emocional. Somente quatro estudos apresentaram uma significância estatística: em dois casos, maiores níveis de compulsão alimentar/alimentação emocional associaram-se a uma maior perda de peso (Gladis *et al.*, 1998; Bryan & Tiggemann, 2001); nas restantes investigações as mesmas variáveis associaram-se a um menor sucesso e desistência precoce (Flogelholm *et al.*, 1999; Sherwood *et al.*, 1999).

Dada a importância que as alterações do comportamento alimentar têm na perpetuação da condição de obesidade, estes resultados surgem um pouco inesperadamente. Os trabalhos mais recentes de preditores de sucesso no controlo do peso “encaixam” a alimentação compulsiva e a alimentação emocional na categoria de não-preditores, ou seja, a evidência é insuficiente para um modelo de predição (Institute of Medicine, 1995; Teixeira *et al.*, 2005).

Segundo Teixeira *et al.* (2005), um resultado também inesperado remete para a maioria dos estudos não encontrarem associações entre a desinibição alimentar/alimentação externa e a perda de peso. Esta variável é considerada como tendo um impacto negativo na gestão do peso (Sherwood *et al.*, 1999). No entanto, dois trabalhos reportam uma associação negativa da desinibição alimentar com o sucesso na intervenção (Flogelholm *et al.*, 1999) e um outro estudo encontrou uma relação positiva (Pasman *et al.*, 1999). Teixeira *et al.* (2005) apontam e colocam como hipótese o impacto das intervenções, como uma explicação possível para a escassez de resultados na associação das características iniciais do comportamento alimentar com a perda de peso. Ou seja, é comum fazerem parte das temáticas abordadas nas intervenções comportamentais, questões acerca das mudanças ao nível do comportamento alimentar. Esta “intromissão” das temáticas trabalhadas nos programas faz das próprias intervenções uma espécie de variável “parasita” na capacidade preditiva das características no pré-tratamento.

4) Auto-Eficácia

De acordo com Bandura (1977), a auto-eficácia define-se como a crença que o sujeito tem na sua capacidade ou competência para desempenhar com sucesso tarefas que lhe são propostas. Este conceito tem sido associado à adopção de comportamentos ligados à saúde e parece ser importante no processo de mudança comportamental. A auto-eficácia pode referir-se a dimensões mais gerais ou específicas de um comportamento em particular, como por exemplo, a alimentação ou o exercício.

Os estudos antes de 1995 concluíram que uma elevada auto-eficácia perante os comportamentos alimentares é provavelmente o único factor seguro, capaz de predizer a perda de peso (USDHHS, 1998). Vários trabalhos relacionaram uma maior perda de peso com uma maior auto-eficácia geral (Pratt *et al.*, 1992; Williams *et al.*, 1996) e outros com auto-eficácia específica para alimentação e/ou exercício (Teixeira *et al.*, 2002; Teixeira *et al.*, 2004a; Linde *et al.*, 2006; Palmeira *et al.*, 2007). O trabalho de Linde *et al.* (2006) encontrou uma relação entre auto-eficácia ligada ao exercício, dieta e comportamentos de monitorização que parecia mediar a perda de peso durante o período da intervenção. Ou seja, uma maior auto-eficácia levaria à adopção de comportamentos de auto-monitorização, que por sua vez estariam associados a uma maior perda de peso (Linde *et al.*, 2006). Esta linha de resultados reforça o papel desta variável como mediadora e não tanto como moderadora, como evidenciado em vários estudos (Teixeira *et al.*, 2006; Palmeira *et al.*, 2007; Teixeira *et al.*, 2009).

No próprio estudo de validação da ESES (“Eating Self-Efficacy Scale”), os autores já tinham mostrado que a auto-eficácia alimentar, quer fosse analisada no início do tratamento ou em qualquer outra altura, não foi preditora de subsequente perda de peso (Teixeira *et al.*, 2005). É possível que os estudos mais antigos tivessem analisado a auto-eficácia como mediadora do sucesso, em vez de exclusivamente como preditora pré-tratamento. Por outro lado, muitos estudos na revisão de Teixeira *et al.* (2005) parecem indicar que medidas mais gerais de eficácia são mais preditivas de resultados do que escalas de auto-eficácia para comportamentos específicos, especialmente relacionados com a alimentação. Esta questão pode dever-se ao facto do controlo de peso ser bastante complexo e os comportamentos para perda de peso serem avaliados com medidas mais específicas.

No estudo de Palmeira *et al.* (2007), realizado em Portugal, a mudança nos níveis de auto-eficácia durante os quatros meses de intervenção explicaram cerca de 20% da variabilidade na

alteração do peso. De acordo com Teixeira *et al.* (2005), os programas com intervenções comportamentais são, geralmente, concebidos com a intenção de promover a auto-eficácia dos participantes, o que pode reduzir a capacidade preditiva do seu valor pré-tratamento. De facto, as duas revisões mais recentes sobre preditores encontraram evidência consistente da relação da auto-eficácia com perda de peso (Institute of Medicine, 1995; Teixeira *et al.*, 2005).

5) Expectativas de Resultados

As expectativas excessivamente optimistas e desajustadas são a norma de respostas entre os indivíduos que procuram perder peso, mas estas podem ser prejudiciais, aumentando a probabilidade de insucesso e consequente frustração. Uma sensação de incompetência face aos objectivos exigentes pode instalar-se e fazer permanecer a condição de “obeso” (Jeffery *et al.*, 1998; Byrne *et al.*, 2003).

Quando questionados, os participantes (de diferentes intervenções) afirmaram que tinham como objectivo perder entre 21-42% do peso (Foster *et al.*, 1997; Jeffery *et al.*, 1998; Linné *et al.*, 2002; Linde *et al.*, 2005). Estes valores vão muito além do que as intervenções conseguem “produzir”, mesmo considerando os casos de maior sucesso. Apenas uma minoria acaba por atingir estes objectivos. O habitual é a perda de peso situar-se em cerca de um terço dos objectivos iniciais (Linné *et al.*, 2002). O papel das expectativas de resultados (realistas/irrealistas) antes de iniciar um programa de perda de peso tem sido questionado.

Os resultados dos estudos têm-se revelado por vezes díspares (Teixeira *et al.*, 2005). Alguns investigadores associaram expectativas bastante optimistas a uma menor perda de peso e objectivos mais modestos associados a maior sucesso após os 4 meses de intervenção e nos 12 meses de seguimento (Teixeira *et al.*, 2002; Teixeira *et al.*, 2004a). Outros estudos revelaram maiores expectativas iniciais associadas a uma maior perda de peso (Pratt *et al.*, 1992; Linde *et al.*, 2005; Carels *et al.*, 2005; Teixeira *et al.*, 2004b). Outros trabalhos ainda não encontraram evidência de qualquer associação (Linné *et al.*, 1992; Jeffery *et al.*, 1998).

Jeffery *et al.* (1998) verificaram que homens e mulheres com objectivos de perda de peso absoluto mais modestos revelaram-se mais aptos para atingir os objectivos, e os que atingiam tinham uma melhor manutenção do peso perdido 2,5 anos depois de iniciarem o processo. Em alguns estudos foi observado que as mulheres com excesso de peso ou obesidade com

expectativas menos exigentes de perda de peso, avaliadas antes do tratamento, perdiam significativamente mais peso no final, comparativamente às aquelas que tinham expectativas mais elevadas de “perda de peso aceitável” (Teixeira *et al.*, 2002; Teixeira *et al.*, 2004a).

Outros estudos revelaram que expectativas positivas predizem perdas de peso a curto prazo, especialmente se os sujeitos evidenciam um baixo nível de fantasia acerca do potencial benefício das consequências de grandes perdas de peso (Teixeira *et al.*, 2005).

Até ao momento, expectativas positivas e realistas predizem os melhores resultados, especialmente se acompanhadas por uma forte percepção de auto-confiança (Pratt *et al.*, 1992).

Num programa realizado em Portugal, expectativas mais positivas foram preditoras de sucesso, aos 4 e 16 meses (Teixeira *et al.*, 2004b). Este resultado, um pouco diferente dos anteriores, pode dever-se eventualmente ao facto de as expectativas positivas da amostra deste estudo serem, de forma geral, menos rigorosas em comparação com as mulheres de outras amostras. Em alguns estudos, expectativas mais elevadas foram mesmo preditoras de atrito em programas de controlo do peso (Teixeira *et al.*, 2002; Dalle Grave *et al.*, 2005a; Dalle Grave *et al.*, 2005b).

Alguns estudos ainda defendem que os participantes que conseguem atingir os seus objectivos (de perda de peso) têm uma maior probabilidade de manter a sua perda de peso a longo prazo (Jeffery *et al.*, 1998; Byrne *et al.*, 2003).

6) Locus de Controlo

O *locus* de controlo refere-se ao grau em que as pessoas acreditam que os seus comportamentos determinam os resultados/acontecimentos das suas vidas (*locus* de controlo interno), por oposição à mudança ou impacto dos outros e dos acontecimentos externos (*locus* de controlo externo). Um *locus* de controlo mais “interno” significa que a pessoa tem a crença de que são os seus comportamentos que determinam a sua vida e que esta não é condicionada por outras pessoas e eventos externos, como acontece, por oposição, num *locus* de controlo “externo” (Teixeira *et al.*, 2005).

No que concerne ao *locus* de controlo, os indivíduos com regulação mais “interna” têm tendência para controlar o ambiente que os rodeia e a responsabilizarem-se pelas suas acções. As pessoas com uma orientação mais “externa” acreditam que são outras pessoas, acontecimentos externos ou simplesmente a “sorte/azar” que controlam e determinam a sua vida (Adolfsson *et al.*, 2005).

Um *locus* mais “externo” nunca foi identificado como sendo favorável no processo de controlo do peso. Adolfsson *et al.* (2005) observaram que indivíduos com obesidade tinham um *locus* de controlo mais “externo” que os normoponderais, e que uma orientação mais “interna” se associava a uma maior perda de peso. Estes autores defendem ainda que os doentes de “risco”, com um *locus* de controlo mais “externo”, deveriam ser encaminhados para um programa adaptado, com técnicas de capacitação (“empowerment”), encorajando uma orientação mais “interna” e mudança de comportamentos. Esta medida é particularmente importante tendo em conta que as pessoas com excesso de peso tendem a ser orientadas mais “externamente” (Adolfson *et al.*, 2005).

Weiss (1977) chegou mesmo a sugerir que pessoas com um *locus* de controlo mais externo, deviam ter uma preparação prévia visando trabalhar esse aspecto antes de iniciar um programa de controlo do peso.

Na meta-análise de Teixeira *et al.* (2005), com apenas 11 estudos antes de 1995, os autores concluíram que o *locus* de controlo está associado significativamente à perda de peso e que o *locus* do controlo específico para a saúde e peso aparece como mais preditivo do que as medidas/instrumentos gerais. Nesta revisão é referido que, tendo em conta a evidência até ao momento disponível, um *locus* de controlo predominantemente interno é benéfico no controlo do peso.

7) Imagem Corporal e Auto-Estima

Enquanto que o construto de auto-estima geral está relativamente bem definido, a imagem corporal é considerada um traço multidimensional, envolvendo as dimensões cognitiva, perceptual e comportamental (Teixeira *et al.*, 2005). A imagem corporal está relacionada com a percepção que cada um tem do seu corpo e com a forma como interpreta e adapta essa

“imagem” aos seus sentimentos, atitudes e comportamentos. O estudo da imagem corporal está, portanto, dificultado pela complexidade do seu conceito.

Mulheres com excesso de peso e obesidade têm uma maior prevalência de insatisfação corporal (Schwartz & Brownell, 2004) . No entanto, o “grau de insatisfação” não está relacionado com o valor do IMC (Eldredge & Agras, 1997).

Na revisão realizada por Teixeira *et al.* (2005) observa-se que alguns estudos examinaram as associações entre as variáveis imagem corporal inicial e perda de peso subsequente. Em alguns dos casos foram usadas várias medidas de imagem corporal dentro do mesmo estudo. Também para esta variável os resultados foram pouco consistentes: alguns apontam para uma ausência de associação entre as variáveis; outros referem ter havido associação (melhor imagem corporal, maior perda de peso); e outro estudo revelou uma associação negativa.

Kiernan *et al.* (1998) encontraram como preditor significativo de sucesso, uma baixa insatisfação corporal. Por outro lado, parece que níveis elevados de “sofrimento corporal” impedem tentativas de perda de peso em alguns casos, embora o grau em que essas questões são abordadas durante o tratamento, bem como outros factores, possam confundir essa associação. Alguns estudos também têm mostrado que a idade de início da obesidade e a depressão podem afectar o impacto de uma imagem corporal negativa na obesidade (Teixeira *et al.*, 2005). Outro trabalho identificou que uma melhoria da imagem corporal ao longo da intervenção era conducente a uma maior perda de peso (Teixeira *et al.*, 2006).

A importância excessiva atribuída à imagem corporal poderá, também, constituir um forte obstáculo ao desenvolvimento e aceitação de expectativas de resultados/objectivos de perda de peso realisticamente alcançáveis no tratamento, contribuindo para o menor sucesso na manutenção do peso. Os índices de insatisfação corporal aferidos no final do programa parecem prever o reganho ponderal (Cooper *et al.*, 2003). Pode-se então concluir que, de um modo geral, uma maior insatisfação com a imagem corporal parece dificultar o processo de perda de peso.

No que diz respeito à auto-estima, a evidência recente é escassa. A auto-estima é um construto relativamente mais fácil de estudar, sendo frequentemente avaliado através da escala de Rosenberg de auto-estima/auto-conceito (Rosenberg, 1965). No entanto, a evidência existente é bastante reduzida e contraditória (Teixeira *et al.*, 2005). A relação com subsequente perda

de peso, que foi significativa a curto prazo, mas não no longo prazo, tem sido relatada (Teixeira *et al.*, 2005). Nir & Neumann (1995) correlacionaram a auto-estima à duração e manutenção do peso, mas não com a perda de peso *per se* e observaram que os participantes com menor auto-estima perdiam menos peso durante a intervenção e ganhavam mais peso no período de manutenção. No artigo de revisão do Institute of Medicine (1995) não se observou um papel estatisticamente significativo da auto-estima como preditor de perda de peso. Dados mais actuais mostraram, embora de forma modesta, uma influência positiva da auto-estima nos resultados de controlo de peso (Teixeira *et al.*, 2005).

8) Saúde Psicológica e Stress Percebido

As variáveis ligadas à saúde mental, como o humor, têm sido amplamente estudadas, mas sem evidência da sua associação com a perda de peso (Teixeira *et al.*, 2005). Os estudos que incluíram, nas suas variáveis, bem-estar psicológico/psicopatologia (humor, depressão, patologias da personalidade, entre outros), não foram capazes de predizer de forma significativa a perda de peso.

Na revisão de Teixeira *et al.* (2005), dos sete estudos identificados que utilizaram variáveis psicopatológicas, apenas um estudo verificou uma associação negativa entre o humor depressivo e o sucesso na intervenção. Os autores referem, no entanto, que a adopção de exercício, a melhoria da auto-imagem, e o contacto social regular com o grupo de suporte e a equipa de intervenção, são alguns dos factores capazes de melhorar o humor e o ajustamento psicológico durante a perda de peso (Teixeira *et al.*, 2005).

Mais recentemente, alguns trabalhos identificaram a presença de sintomas depressivos como preditor de menor sucesso na intervenção (Fabricatore *et al.*, 2009) e de desistência (Fabricatore *et al.*, 2009; Inelmen *et al.*, 2005; Teixeira *et al.*, 2004a).

O instrumento mais frequentemente usado para avaliar a presença de sintomatologia depressiva é o *Inventário de Depressão de Beck*. No entanto, este poderá não ser o instrumento ideal para avaliar sujeitos que participam em programas de controlo do peso, que normalmente têm sintomas abaixo do limiar para diagnóstico de depressão clínica. Frequentemente os estudos excluem pessoas com psicopatologia diagnosticada (Teixeira *et al.*, 2005). Desta forma, a amostra avaliada em estudos já é “seleccionada” e poderá ser

necessário outro tipo de instrumentos (para além do inventário acima referido) que consigam avaliar sinais e sintomas mais subtis.

Poucos estudos têm avaliado o impacto de níveis pré-tratamento de stress percebido nos resultados, apesar de se considerar que níveis elevados de stress e ansiedade são factores que limitam o tratamento comportamental da obesidade. A sua influência é assumida, como mais importante, durante o processo de perda de peso e não tanto como um aspecto relevante no *baseline* (Teixeira *et al.*, 2005).

Somente três estudos encontram uma relação negativa entre tensão/ansiedade e a perda de peso. O apoio proporcionado pela equipa de intervenção ou adopção de um programa de exercício durante o estudo podem melhorar a saúde mental, tornando os valores iniciais de depressão ou ansiedade menos relevantes (Teixeira *et al.*, 2005).

9) Suporte Social

Apesar de alguns resultados sugestivos, não foram encontradas evidências de que o suporte social medido antes do tratamento seja preditor de resultados em termos de peso. Em outros estudos observou-se que o tipo de apoio percebido (apoio da equipa de intervenção, e não da família/amigos, como é mais habitual avaliar), medido a 5-10 semanas do início do programa, foi importante para o sucesso posterior. Ou seja, quando este apoio foi visto como fomentador de autonomia (em oposição a “controlo”), os participantes obtiveram resultados significativamente melhores (Teixeira *et al.*, 2005).

Esta distinção entre tipos de apoio pode ser importante para outros tipos de influências sociais, como as decorrentes de familiares próximos e outras pessoas significativas. Há, por isso, três tipos de suporte: suporte da equipa de intervenção, suporte do grupo e suporte da família. As atitudes e comportamentos por parte dos parceiros/cônjuges nas pessoas em processo de tratamento de perda de peso podem ser muito influentes, embora sejam muito imprevisíveis. Muitas mulheres têm relatado surpresa por algumas reacções dos seus companheiros (positivas ou negativas) durante o programa. Isto sugere que as avaliações do suporte social, ao contrário de medições durante ou após o tratamento, pode ser também avaliar o apoio geral ou a medição de expectativas erradas de apoio no futuro (Teixeira *et al.*, 2005).

10) Qualidade de Vida

As variáveis acerca da qualidade de vida têm sido escassamente avaliadas nos estudos, antes da intervenção, como preditoras do controlo de peso. A qualidade de vida mede o funcionamento psicológico, físico e inter-individual na vida diária e pode ser dividida em geral (contexto inespecífico) e associada a uma condição particular (Teixeira *et al.*, 2005).

Os instrumentos mais utilizados são medidas mais específicas da qualidade de vida associada à saúde ou peso. No entanto, o *SF-36* é o instrumento “geral” mais utilizado para a qualidade de vida associada à saúde (Ware *et al.*, 1993).

Apenas 2 estudos mediram a qualidade de vida antes do tratamento de obesidade e revelaram associações entre estes *scores* e os subsequentes resultados de peso. Nas mulheres em que se observou uma qualidade de vida mais baixa no início do programa, particularmente em áreas como o trabalho, a saúde e auto-estima, estão mais aptas a acabar o tratamento com menos sucesso ou a fazerem *drop-outs*, quer em estudos a curto como a longo prazo (Teixeira *et al.*, 2002; Teixeira *et al.*, 2004a). No estudo de Teixeira *et al.* (2002), uma pior qualidade de vida associada ao peso foi identificada como preditora de desistência do programa. Um dos estudos seguiu os participantes durante o ano após a intervenção e os resultados foram semelhantes aos encontrados para o curto prazo (Teixeira *et al.*, 2002; Teixeira *et al.*, 2004a).

Num programa comportamental com mulheres portuguesas não se identificaram quaisquer relações entre as medidas de qualidade de vida (geral e específica para a obesidade) e a perda de peso ou atrito numa intervenção comportamental de 4 meses e seguimento de 12 meses (Teixeira *et al.*, 2004b).

Será pertinente, por isso, a elaboração de mais estudos que utilizem as medidas de qualidade de vida específicas para a obesidade, de forma a melhor se compreender esta relação.

11) Variáveis Relacionadas com o Exercício

A adopção de exercício físico é importante para o processo de controlo de peso, particularmente para o sucesso a longo prazo (Teixeira *et al.*, 2005).

Os estudos sobre variáveis associadas ao exercício físico no contexto da obesidade são mais raros do que os estudos de outras variáveis como o exercício e comportamentos alimentares, imagem corporal ou saúde psicológica (Teixeira *et al.*, 2005). Apesar da importância do exercício, os seus aspectos mais psicológicos no contexto do sucesso dos programas de controlo do peso têm sido pouco estudados.

Em amostras de sujeitos não obesos a prática de exercício pode ser avaliada através de questionários que medem a auto-eficácia, as barreiras percebidas, o suporte social, o stress percebido, e os sentimentos de prazer e competência para a prática de actividade física. A auto-eficácia, a percepção de barreiras e o suporte social para o exercício foram estudados em várias investigações. Apenas alguns estudos verificaram se as variáveis psicossociais do exercício (pré-tratamento) podem ser preditoras de comportamentos para a prática de exercício ou perda de peso durante o tratamento (Teixeira *et al.*, 2002; Teixeira *et al.*, 2004a).

Num estudo desenvolvido numa universidade americana, uma maior auto-eficácia e uma menor percepção de barreiras para o exercício correlacionaram com uma maior perda de peso após uma intervenção de quatro meses e nos 12 meses seguintes (Teixeira *et al.*, 2002; Teixeira *et al.*, 2004a). Ou seja, a elevada auto-eficácia percebida para o exercício, medida através da convicção que o sujeito tem de “levar a cabo” um programa de actividade física durante pelo menos 6 meses (sob diversas condições, nomeadamente quando o tempo é curto, mudanças de vida maior, etc) e as baixas barreiras para o exercício, associaram-se significativamente a resultados de perda de peso a curto e longo prazo. Estes resultados não foram, no entanto, replicados aos 4 e 16 meses numa intervenção semelhante com mulheres portuguesas pré-menopáusicas (Teixeira *et al.*, 2004b).

Ser fisicamente activo parece ser um dos aspectos críticos no controlo do peso a longo prazo. A adopção de um estilo de vida mais activo (Elfhag *et al.*, 2005) e actividade física regular (Wing & Hill, 2001) têm sido associados a uma manutenção do peso perdido. Existe a evidência que maiores níveis de exercício, mesmo com alguns períodos de interrupção, são preditores de uma maior perda de peso (Jeffery *et al.*, 2003). Tendo em consideração que estas variáveis estão fortemente associadas a uma maior adesão a programas de exercício em amostras sem excesso de peso (King *et al.*, 1997), poderão ter também interesse na predição de adesão a comportamentos conducentes a perda de peso. No entanto, são necessários mais estudos para confirmar a importância destas variáveis como moderadoras de sucesso no controlo do peso.

Para além da prática de actividade física contribuir directamente para o dispêndio de energia durante e após a actividade, também contribui para fomentar uma dieta adequada, possibilitando um decréscimo nas sensações de fome e desinibição alimentar, e um aumento do bem estar psicológico (Teixeira *et al.*, 2005).

É necessária, como em algumas das variáveis anteriores, mais investigação para analisar atitudes e cognições relativamente ao exercício, e comportamentos de actividade física no contexto do tratamento da obesidade.

Estudos Qualitativos na área da Obesidade

Não têm sido realizados muitos estudos qualitativos dentro da temática da obesidade, nomeadamente no que concerne a preditores de perda de peso (quer sejam moderadores ou mediadores). No entanto, é pertinente fazer referência a três estudos (Ziebland *et al.*, 2002; Byrne *et al.*, 2004; Herriot *et al.*, 2006) que, pelas suas características, têm algumas semelhanças ao estudo que se propõe nesta dissertação.

Ziebland *et al.* (2002) realizaram um estudo em que um dos objectivos foi explorar as experiências de mudança de peso em homens e mulheres em idade adulta, as preferências de imagem corporal e as crenças sobre as consequências do excesso de peso na saúde. A amostra foi constituída por 72 homens e mulheres com idade entre os 35 e os 55 anos, com um IMC entre 22 e 29,9, que foram convidados a participar numa entrevista sobre as experiências de mudança de peso na idade adulta. Para esta investigação foi utilizado um método qualitativo: entrevistas semi-estruturadas gravadas em cassete áudio, realizadas nas casas dos entrevistados por pesquisadores treinados. Recorreram ao uso de questões abertas para recolher as experiências de mudança de peso desde o início da idade adulta e os pontos de vista sobre a mudança de peso na meia-idade. Foram igualmente utilizadas ilustrações de formas corporais de homens e mulheres, para motivar o debate entre os entrevistados, as preferências de formas do corpo masculino e feminino e as suas perspectivas da saúde e problemas sociais associados a baixo peso e a excesso de peso. Os dados foram analisados através de métodos quantitativos e qualitativos e os resultados revelaram: cerca de 87% das mulheres e 59% dos homens referiram tentativas anteriores de perda de peso. Pelo menos um exemplo de perda de peso bem sucedida foi relatado por 58% das mulheres e 47% dos

homens, embora muitas dessas tentativas tenham sido relativamente curtas e, diversas vezes motivadas por objectivos específicos (p.e., férias ou um casamento). Os entrevistados foram cépticos quanto à possibilidade de controlar o peso sem sacrifício pessoal considerável. As justificações dos participantes para o ganho de peso na meia-idade incluíram um estilo de vida sedentário e variadas razões específicas de género (como as alterações hormonais, o conforto dado pela alimentação emocional nas mulheres e o beber cerveja frequentemente no caso dos homens). Quase todos os entrevistados (97%) associaram a doença cardíaca ao excesso de peso, enquanto a diabetes foi mencionada por apenas 22%. O cancro nunca foi referido. Os autores concluíram que, por um lado, as pessoas que aumentaram de peso na meia-idade podem ser impedidas de tentar prevenir mais ganhos, devido a uma atitude pessimista sobre o esforço necessário. Por outro lado, consideraram a necessidade de testar a eficácia de intervenções para incentivar mudanças relativamente pequenas na dieta e actividade física. As intervenções para ajudar a prevenir o aumento de peso na meia-idade podem incluir informação sobre a saúde e riscos associados ao peso (Ziebland *et al.*, 2002).

Num outro estudo, de Byrne *et al.* (2004), o objectivo foi identificar factores psicológicos capazes de predizer a recuperação do peso perdido. A amostra foi constituída por 54 mulheres obesas, que perderam peso em centros de emagrecimento na comunidade. As senhoras foram entrevistadas imediatamente a seguir a terem perdido 10% do seu peso inicial, e em seguida foram re-avaliadas de 2 em 2 meses durante o período de 1 ano, através de entrevistas por telefone. Os resultados identificaram 2 preditores prospectivos de recuperação do peso: um factor cognitivo (pensamento dicotómico) e uma variável histórica (peso máximo ao longo da vida). A descoberta de que um estilo cognitivo específico constitui um preditor significativo de recaída tem implicações no tratamento da obesidade.

Pequenos estudos têm levado a cabo os mecanismos psicológicos que devem ser considerados no fenómeno de recuperação do peso perdido. Estudos prospectivos de pacientes que participaram em ensaios de tratamentos clínicos para a obesidade e os resultados observados pelo American National Weight Control Registry (Wing & Hill 2001) têm sido consistentes em identificar comportamentos específicos associados ao sucesso da manutenção de peso, tem sido obtida alguma informação relativamente aos factores psicológicos actuais que determinam que os indivíduos continuem ou não a praticar estes comportamentos. Não é claro como ou porquê uma pequena proporção de sujeitos estão capacitados para persistir com estes comportamentos enquanto a maioria das pessoas não. Constitui um resultado consistente, entre os pacientes obesos, que o peso perdido como resultado dos tratamentos para a

obesidade é, a maior parte das vezes, recuperado. Este facto (recaída) parece ser atribuído à incapacidade do indivíduo para persistir com as estratégias comportamentais necessárias para manter o novo peso menor. Poucos estudos têm investigado os mecanismos psicológicos que poderiam explicar este fenómeno (Byrne *et al.*, 2004).

Numa outra investigação, realizada por Herriot *et al.* (2006), os objectivos foram investigar as experiências de dietas prévias e as expectativas dos indivíduos de um estudo randomizado de quatro programas de perda de peso e comparar as experiências entre os grupos após a intervenção. Os autores quiseram melhorar a compreensão do motivo pelo qual indivíduos se oferecem para participar em processos de perda de peso e também verificar as suas opiniões sobre cada uma das dietas testadas. Foram organizados e realizados grupos focais com homens e mulheres antes da distribuição aleatória (randomização), e também grupos focais específicos para as dietas após a intervenção. Todas as discussões em grupo foram gravadas e transcritas na íntegra e analisadas para a emergência de temas. Dos resultados, salientam-se: as principais motivações intrínsecas para os participantes se poderem inscrever no programa foram a falta no momento presente de auto-estima e confiança. A oportunidade de participar num estudo académico também foi uma motivação apontada. A motivação e o aumento da eficácia foram citados comumente entre aqueles que tiveram sucesso na perda de peso (ou pelo menos que não ganharam peso). Os “prós” identificados para cada uma das dietas testadas no estudo estavam de acordo com cada um dos materiais promocionais da dieta; os “contras” variaram entre os grupos. Os autores concluíram que reduzir os riscos de saúde não foi a principal motivação das pessoas que decidiram perder peso. O aumento do sentimento de valor intrínseco obtido através da perda de peso e motivação continuada revelaram estar associados ao sucesso. As diferentes experiências relatadas pelas pessoas em cada uma das quatro dietas aplicadas sugeriram que é importante a adequação de regimes individuais de dieta.

Objectivos do Estudo

O estudo de preditores de sucesso no tratamento de obesidade é de grande utilidade na identificação das pessoas que mais poderão beneficiar de determinados tratamentos para o controlo do peso. Compreender as características individuais ligadas à resistência no processo de perda de peso é um ponto fulcral. Em Portugal, o estudo acerca destas variáveis é escasso, e fazendo uso de uma metodologia qualitativa é ainda mais limitado.

Desta forma, são objectivos desta investigação:

- descrever algumas características psicológicas, sociais e de história do peso, pré-existentes em mulheres pré-menopáusicas com pré-obesidade e obesidade, num programa de controlo de peso;
- identificar variáveis psicossociais capazes de diferenciar mulheres com excesso de peso e obesidade em relação ao peso perdido, no final do tratamento (aos 12 meses).

METODOLOGIA

O estudo realizado na presente dissertação inseriu-se no âmbito do Programa PESO (Promoção de Exercício e Saúde na Obesidade), realizado no laboratório de Exercício e Saúde (LABES) da Faculdade de Motricidade Humana, cujo desenho experimental será descrito em seguida.

Esta investigação assenta num estudo do tipo qualitativo. A metodologia utilizada passou pela recolha de informação através de uma entrevista semi-estruturada (instrumento) e posterior análise de conteúdo em categorias (técnica). A ocorrência das categorias foi quantificada e forneceu o suporte para a elaboração dos resultados e posteriores conclusões. A descrição detalhada da metodologia será igualmente apresentada em seguida.

Desenho experimental e descrição da intervenção do Programa P.E.S.O.

O Programa PESO foi um estudo do tipo experimental, prospetivo, controlado, com distribuição aleatória por grupos, no qual foi realizada uma intervenção comportamental durante 1 ano e um acompanhamento sem intervenção no período dos dois anos seguintes. O objectivo principal deste programa de controlo do peso foi a promoção de alterações estáveis dos hábitos e estilos de vida em mulheres adultas, pré-menopáusicas e com excesso de peso, nomeadamente o aumento da actividade física e da motivação para a mesma, com o intuito de uma perda ponderal e de uma melhoria da sua saúde e qualidade de vida.

Os sujeitos foram recrutados da comunidade para participarem numa intervenção comportamental de controlo do peso (sem recurso a fármacos), através de anúncios em diversos meios da comunicação social (jornais, revistas, televisão e rádio), de *flyers* e posters divulgados em vários serviços de saúde e de um site desenvolvido acerca do programa. O recrutamento do estudo foi realizado de forma faseada, em 3 “cohorts” anuais, entre Setembro de 2004 e Setembro de 2006. A intervenção e as avaliações de *follow-up* decorreram de forma faseada também, entre Setembro de 2004 e Setembro de 2009. No final, a amostra total do

estudo foi constituída por 239 participantes, as quais foram distribuídas aleatoriamente pelo grupo de intervenção (GI) e pelo grupo de controlo (GC). Deste modo, 123 mulheres fizeram parte do GI e 116 do GC do Programa PESO.

Ao GI foi implementada uma intervenção multidisciplinar (com uma equipa constituída por fisiologistas do exercício, nutricionistas/dietistas, psicólogos e médicos), organizada em 30 sessões presenciais de 2 horas, focando os tópicos considerados essenciais ao sucesso de um processo de perda de peso, ou seja, conteúdos educativos centrados nas seguintes áreas: actividade física, nutrição e modificação comportamental. O principal objectivo da intervenção foi delineado para a promoção de actividade física, com base na Teoria da Auto-Determinação*, focando a promoção da motivação intrínseca, auto-regulação e auto-eficácia para o exercício físico. O GC teve acesso a um currículo genérico de educação para a saúde (mini-cursos de nutrição preventiva e segurança alimentar, valorização pessoal, relaxação e algumas palestras), desenvolvido essencialmente por questões de ética e como estratégia preventiva do atrito.

**Breve referência à Teoria da Auto-Determinação*

A Teoria da Auto-Determinação (SDT) é a linha de investigação de Deci & Ryan (1985) que identificou três necessidades básicas – *autonomia*, *competência* e *relacionamento* – que têm de ser satisfeitas para permitir o crescimento, integração, desenvolvimento social positivo e bem-estar do indivíduo, e debruça-se sobre os factores que permitem ou não a satisfação dessas necessidades.

Quando se evoca a SDT tem, necessariamente, que se abordar o conceito de Motivação, que se refere às forças psicológicas ou energias que impulsionam uma pessoa em direcção a um objectivo específico. Na SDT a motivação é vista como um *continuum*, em que os autores fazem distinção entre: *amotivação* – sem qualquer intenção de assumir um comportamento, de agir, resultante de uma desvalorização da actividade, sentimento de incompetência face àquela acção, ou desvalorização face aos resultados da mesma; a *motivação extrínseca* – onde o comportamento está envolvido a fim de alcançar resultados que são separáveis do comportamento em si; e a *motivação intrínseca* – onde o comportamento está envolvido pelo prazer e satisfação inerentes, expoente máximo da auto-determinação (Deci & Ryan, 1985; Ryan & Deci, 2000). A SDT distingue, ainda, formas qualitativamente diferentes de regulação comportamental, caracterizada em termos do grau em que a regulação de um comportamento foi internalizado (Silva *et al.*, 2008):

- regulação externa: comportamentos menos autónomos, encetados unicamente para satisfazer uma demanda ou contingência externa. Os indivíduos que desenvolvem este tipo de comportamentos têm um *locus* de controlo predominantemente externo;

- regulação por introjecção: envolve o tornar sua a regulação, torná-la interna, sem no entanto a aceitar inteiramente como criada internamente. Há algum controlo envolvido nesta forma de regulação, através da qual o comportamento é encetado para evitar conflitos internos, culpa ou ansiedade. Trata-se, por exemplo, de

comportamentos levados a cabo pelo medo de falhar, para assegurar sentimentos de valor e competência, sendo que, apesar de despoletados internamente, continuam a ser regulados de forma externa e a não ser experienciados como partes do self;

- regulação por identificação: uma forma mais autónoma e auto-determinada de motivação. A identificação reflecte a consciente valorização de uma determinada acção ou objectivo, passando esta a constituir-se como pessoalmente importante;

- regulação por integração: é a que envolve maior autonomia de todas as formas de motivação. A integração ocorre quando há uma assimilação dos objectivos da mesma: estes são avaliados como estando em congruência com os valores e necessidades individuais. As acções reguladas pela motivação integrada têm muito em comum com a já referida motivação intrínseca. Não obstante a componente de integração, aqui continua a estar presente o meio externo, e não simplesmente a satisfação pelo comportamento em si.

À medida que o indivíduo vai internalizando e integrando a regulação de determinado comportamento, o grau de autonomia nela envolvido vai aumentando. Uma vez enunciados os benefícios, a questão que se coloca é a de saber como promover uma regulação mais autónoma dos comportamentos extrinsecamente motivados. A SDT não está tanto interessada em perceber o que causa a motivação intrínseca, mas sim, em examinar e compreender em que condições ela se pode manifestar e desenvolver (Ryan & Deci, 2000).

Concluindo, de acordo com a SDT, os seres humanos têm uma inclinação natural para a actividade e integração. Esta curiosidade e actividade inatas referem-se e relacionam-se com a motivação intrínseca, a única capaz de conduzir ao verdadeiro bem-estar e satisfação. Só os contextos que permitam assegurar a necessidade inata de autonomia, competência e relacionamento poderão ser promotores deste tipo de motivação, permitindo a expressão saudável do desenvolvimento humano. Segundo os seus autores (Decy & Ryan, 1985; Ryan & Deci, 2000) a grande importância desta teoria prende-se com a possibilidade de melhor entender as formas de regulação do comportamento humano, permitindo implicações na prática para todos aqueles que procurem potenciar o compromisso, o interesse, a aderência, fomentando a alteração e manutenção de comportamentos potencialmente perniciosos ao desenvolvimento e saúde do ser humano.

Amostra

Fazem parte da amostra da presente investigação apenas as participantes aleatoriamente distribuídas pelo grupo experimental/intervenção do primeiro “cohort” do Programa PESO, recrutado em Setembro de 2004, que forneceram os dados antropométricos e que realizaram a entrevista inicial.

A selecção da amostra teve como critérios de inclusão: (1) sujeitos do sexo feminino em fase pré-menopáusia; (2) idades compreendidas entre os 25 e os 50 anos; (3) com um IMC entre

25-39,9 kg/m²; (4) não grávidas e não pretendendo engravidar durante todo o estudo; (5) sem patologias *major*; (6) não estando a tomar fármacos que influenciassem a regulação do peso corporal; (7) disponíveis para realizar as avaliações (iniciais e de *follow-ups*) e para frequentar sessões semanais durante um período de cerca de 1 ano; (8) que se comprometessem a não participar, formal ou informalmente, num outro qualquer programa de controlo do peso. Deste modo, o total da amostra da presente investigação foi de 45 participantes. As características da amostra são apresentadas na tabela 3.

Tabela 3 – Valor médio e desvio padrão para as variáveis idade, estatura e peso; percentagem de mulheres com índice de massa corporal (IMC) correspondente a peso normal, excesso de peso e obesidade; percentagem de mulheres com habilitações literárias superiores e não superiores; percentagem de mulheres casadas, solteiras e divorciadas/viúvas

	AMOSTRA n=45
Idade (anos)	36,7 ± 7,5
Altura (m)	1,61 ± 0,05
Peso (kg)	81,7 ± 12,6
IMC (< 25 kg/m ²) – peso normal (%)	4,4
IMC (25-30 kg/m ²) – pré-obesidade (%)	35,6
IMC (> 30 kg/m ²) – obesidade (%)	60,0
Habilitações literárias superiores (%)	53,3
Habilitações literárias não superiores (%)	46,7
Solteiras (%)	28,9
Casadas (%)	53,3
Divorciadas/Viúvas (%)	17,8

Instrumentos de Avaliação

No Programa PESO fez-se uso de uma metodologia mista, quantitativa e qualitativa, procurando potenciar o aumento da informação disponível para análise. Assim, foram feitas análises das seguintes variáveis: peso e composição corporal, actividade física, nutricionais, metabolismo de repouso, e psicossociais (metodologia quantitativa – questionários e medidas métricas; metodologia qualitativa - entrevistas). Para a presente investigação foram utilizadas

as medidas antropométricas (peso e altura) e as variáveis psicossociais, apuradas através de entrevista semi-estruturada.

Medidas Antropométricas

A medição do peso e altura das participantes foi realizada antes da intervenção (0 meses) e no *follow-up* aos 12 meses. O peso das participantes foi medido sempre duas vezes de seguida, utilizando uma balança electrónica (SECA, modelo 770, Hamburgo, Alemanha), com aproximação ao 0,1 kg. A altura foi também medida duas vezes através de um estadiómetro, com aproximação ao 0,1 cm. Em ambos os parâmetros fez-se uma média das duas aferições e foram esses os valores usados. A partir desses valores também se calculou o IMC.

Entrevista Semi-Estruturada

A investigação qualitativa tem vindo a firmar-se cada vez mais no campo das Ciências Sociais e da Psicologia, não como oposta à investigação quantitativa mas como, muitas vezes, conciliável e complementar. Tem havido uma crescente necessidade de recorrer a estratégias indutivas, em vez de partir das teorias para o teste empírico. A prática de investigação em Psicologia tem sido acusada de ser pouco relevante para a vida quotidiana por não se dedicar suficientemente a uma descrição exacta dos factos relativos a um caso, daí ser fundamental a análise das narrativas e dos discursos (Flick, 2005). O mesmo autor defende que a investigação qualitativa encara a interacção do investigador com o campo e os seus membros como parte explícita da produção do saber, ao invés de a excluir como variável interveniente. Ou seja, as “subjectividades” dos sujeitos da amostra dos estudos e do próprio investigador fazem parte do próprio processo de investigação. Os estudos qualitativos estão vocacionados para a análise de casos concretos, tendo em conta as suas particularidades de tempo e de espaço. A presente investigação enquadra-se no âmbito de uma investigação qualitativa, mas é ela própria enquadrada numa investigação mais vasta, como foi anteriormente explicado, de carácter quantitativo experimental fazendo uso de grupo de controlo (Programa PESO).

Os autores De Ketele & Roegiers (1993) definiram entrevista como: “... *um método de recolha de informações que consiste em conversas orais, individuais ou de grupos, com várias pessoas seleccionadas cuidadosamente, a fim de obter informações sobre fatos ou representações, cujo grau de pertinência, validade e fiabilidade é analisado na perspectiva dos objectivos da recolha de informações.*” (p.22). Segundo Flick (2005), dentro da investigação qualitativa as entrevistas semi-estruturadas têm despertado bastante interesse e têm sido amplamente utilizadas. O que caracteriza a entrevista semi-estruturada é o seu carácter mais ou menos aberto do guião, que respeita o ponto de vista subjectivo do entrevistado. Segundo De Ketele & Roegiers (1993), denomina-se entrevista *semi-dirigida* ou *semi-estruturada* quando o entrevistador tem previamente definidas algumas questões a fazer, que servem como linha orientadora, mas em que nem todas as intervenções deste estão previstas antecipadamente, o que permite ao entrevistado um discurso não linear (com mais liberdade para se exprimir) e cabe ao entrevistador uma reorientação quando necessária. A entrevista é em parte directiva (ao nível dos temas e objectos sobre os quais se quer recolher informação) e em parte não directiva (no interior dos temas).

Dada a dificuldade de apreensão de conteúdos ideativos não totalmente estruturados que cada um dos sujeitos da amostra teria à data da entrevista, e não querendo o investigador restringir nem condicionar as respostas, considerou-se que uma entrevista completamente fechada ou a apresentação de uma listagem de ideias pré-definidas para o sujeito escolher aquelas com que se identificava ou não (inventário), seria inadequada porque iria, inevitavelmente, induzir perdas de informação que poderiam ser de elevada pertinência para o objectivo definido. Neste sentido, a organização de uma entrevista semi-estruturada e posterior análise categorial do conteúdo afigurou-se como a metodologia mais adequada para garantir a conquista do objectivo deste estudo.

A entrevista semi-estruturada foi aplicada a todas as mulheres que reuniram os critérios de inclusão, antes da distribuição aleatória destas pelos GI e GC e, portanto, antes do início da intervenção. Este instrumento (disponível em anexo) foi especificamente desenvolvido para o Programa PESO, com base em questões abertas, e tinha uma duração de cerca de 45-50 minutos. Foi elaborado por vários elementos da equipa de concepção e intervenção do programa, tendo havido diversas reuniões de formação entre os mesmos, de forma a melhor controlar as diferenças entre investigadores na aplicação do instrumento. O guião da entrevista foi desenhado com o objectivo principal de recolher informação sobre os pensamentos, fantasias, convicções e perspectiva das participantes no que concerne às razões

que as levaram a ter excesso de peso e às motivações para apresentarem a sua “candidatura” na participação de um programa desta natureza.

Apresentam-se, na tabela 4, as diversas questões incluídas na entrevista, e para que dimensão remete cada uma delas.

Tabela 4 – Questões incluídas na entrevista e as dimensões para as quais são remetidas

DIMENSÕES	QUESTÕES DA ENTREVISTA
Dados socio-demográficos	“Qual é o seu primeiro e último nome” (1); “Qual é o seu número de participante?”(2); “Que idade tem?”(3); “Com quem vive actualmente?” (4); “Qual é a sua profissão, ou ocupação principal?” (5)
Objectivos	“Porque é que decidiu inscrever-se no Programa?” (7); “Porque é que quer perder peso?” (10)
Expectativas: - do próprio face às relações - do próprio face ao programa - do(s) outro(s)	“Sendo este um programa de controlo de peso, é provável que consiga perder algum, bem como alguma gordura corporal. Se atingir os seus objectivos (isto é, se perder peso), como espera que a sua vida se altere? Eu vou dar-lhe 3 situações: na sua relação consigo?; na sua relação com os outros?; na relação dos outros para consigo?” (11a; 11b; 11c) “O que é que espera que o Programa PESO traga para a sua vida?” (18); “Acha que será mais fácil perder peso neste programa do que em tentativas anteriores? Porquê?” (21); “De que forma o Programa a pode melhor ajudar a atingir os seus objectivos em termos de peso?” (22); “Se ficar muito longe desse peso, como é que se vai sentir?” (24a) “O que espera(m) essa(s) pessoa(s) desta sua iniciativa para perder peso?” (12b)
Suporte social	“Tem amigas ou conhecidas que se inscreveram?” (8); “Quem é(são) a(s) pessoa(s) mais próxima(s) de si? (12); O que pensa(m) essa(s) pessoa(s) da sua entrada para o programa?” (12a); “A sua família sabe que vai entrar para o programa PESO?” (13); “Como reagiram?” (1a); “Como reagiu a sua família às tentativas anteriores de perder peso?” (14a); “Como acha que os outros avaliam o seu peso e o seu corpo?” (17)
Obstáculos/facilidades na perda de peso	“Está a entrar para um programa de controlo de peso, o que significa que tem algum peso a mais. Na sua opinião por que razão se encontra actualmente com excesso de peso?” (9); “Qual a sua relação com a comida?” (14aa); “Sabemos que perder peso pode implicar grandes mudanças no seu estilo de vida. O que acha que vai ser mais difícil, ou que lhe vai custar mais?” (19); “Por outro lado, o que espera que seja mais fácil?” (20)
Experiências anteriores de perda de peso	“Já tentou perder peso antes?” (14)
Imagem corporal	“De uma forma geral, como se sente em relação ao seu corpo? Porquê?” (15); “Tem dificuldade em encontrar roupa que lhe sirva e da qual goste?” (16); “Para si qual será o seu peso ideal (24)
Vulnerabilidade ao stress	“Muitos de nós temos momentos de stress e ansiedade. Quais as situações na sua vida que lhe causam mais stress? Pense bem para se lembrar de todas as situações possíveis. (3-4 ou mais)” (25); “Pensa que essas fontes de stress se vão manter no próximo ano, ou prevê que se venham a alterar? Se Sim, como?” (26)
Outras	“Como é que tomou conhecimento do Programa Peso?” (6); “Temos apenas mais alguns minutos, existe algo mais que queira acrescentar e que seja importante para a sua participação no programa?” (27)

O uso da metodologia qualitativa foi uma mais-valia importante da investigação do Programa PESO, permitindo o enriquecimento da informação disponível para análise e obviando algumas das limitações do uso exclusivo de questionários de auto-preenchimento (Silva *et al.*, 2007).

Procedimentos

As sessões de entrevistas foram realizadas por um grupo fixo de investigadores, integrantes da equipa multidisciplinar, que receberam uma formação para o efeito. Todas as entrevistas ficaram registadas em cassette áudio, com a necessária autorização dos sujeitos da amostra (além do consentimento informado previamente assinado) e com a garantia de que em qualquer momento poderia ser interrompida a gravação das entrevistas se as participantes assim o desejassem.

Segundo Maroy (1997), cada investigador tende a desenvolver o seu próprio método em função do seu objecto de investigação, dos seus objectivos, dos seus pressupostos teóricos ou de outros factores contingentes. Como tal, os métodos e procedimentos de análise afiguram-se múltiplos. As investigações qualitativas são quase sempre indutivas, encarando-se *“a análise qualitativa numa lógica exploratória, como meio de descoberta e de construção de um esquema teórico de inteligibilidade, e não tanto numa óptica de verificação ou de teste de uma teoria ou de hipóteses preexistentes. É essa a óptica do procedimento de análise dos dados de entrevistas (...)”* (p.117). E é nesta lógica descritiva e exploratória, em que as categorias de análise emergem dos próprios dados, que se insere o presente estudo.

A análise qualitativa do material de entrevistas consistiu, num primeiro momento, em descobrir e identificar “categorias”, isto é, classes pertinentes de objectos, acções, pessoas ou acontecimentos, cujas propriedades específicas deverão ser definidas (Maroy, 1997). O mesmo autor utiliza os conceitos de 1973 de Shatzman e Strauss, para distinguir as possíveis géneses das categorias que se podem construir, que variam consoante se pretende chegar a uma *descrição simples*, a uma *descrição analítica* ou a um *esquema teórico*.

Este estudo gerou categorias por enquadramento teórico prévio e por análise de conteúdo do material obtido. Ou seja, situa-se entre a descrição simples (“*straight description*”) – em que o investigador destaca no seu material segmentos que correspondem aos conceitos e às “categorias” de uma teoria existente – e a descrição analítica (“*analytic description*”) – em que o investigador parte dos próprios dados para descobrir, de forma indutiva, as classes ou categorias temáticas emergentes da primeira leitura do material, categorias essas pertinentes e a partir das quais foi possível descrever e compreender a realidade observada.

De uma forma mais clara e explícita, no presente estudo foram integralmente ouvidas e transcritas as entrevistas, através das quais foi possível apurar as principais tendências de resposta das participantes e organizá-las por áreas específicas (primeira fase da construção de categorias). A própria entrevista semi-estruturada utilizada foi desenhada para apurar informação relacionada com o excesso de peso e participação no programa, como por exemplo: os objectivos e expectativas; as possíveis barreiras à perda de peso; o estilo de regulação para a mudança de comportamentos (a motivação, mais interna e autónoma, ou mais externa e controlada); a qualidade do suporte social e familiar; a história passada do peso, de tentativas de perda de peso e o tipo de causalidade atribuída ao excesso de peso; a auto-percepção e qualidade da relação com a alimentação, actividade física e imagem corporal; e ainda possíveis fontes de stress presentes ou futuras que poderão interferir na participação e empenho no programa. A pertinência da informação recolhida (e registada em gravação) durante a entrevista vai ao encontro do que está descrito na literatura actual acerca de moderadores de sucesso na perda de peso. É tendo em conta esta questão, bem como ainda alguns conceitos e teorias da psicologia subjacentes à construção da entrevista (como por exemplo a *Teoria da Auto-Determinação*), que se justifica este instrumento como de descrição simples, por um lado, e de descrição analítica, por outro.

Por outro lado, enquanto que na descrição simples se utiliza uma grelha de cotação dos dados pré-existente, na descrição analítica os dados não são cotados através de uma grelha anteriormente elaborada sendo, isso sim, uma grelha construída pelo(s) próprio(s) investigador(es) através do material recolhido das entrevistas, com o fim de evitar dar início ao estudo com esquemas de raciocínio pré-concebidos, não impondo categorias pré-fabricadas que não encaixariam no material a apurar. Foi este último procedimento o realizado na nossa

investigação. O processo de construção da grelha de categorias passou por várias fases na procura do aperfeiçoamento da mesma, utilizada para análise das respostas às perguntas elaboradas na entrevista. A grelha de categorias, uma vez fechada, foi a mais correcta e abrangente classificação que o investigador conseguiu encontrar, de forma a preservar a máxima riqueza do discurso espontâneo das participantes. Chegou-se, desta forma, à grelha final de cotação (disponível em anexo), a partir da qual todo o material recolhido foi classificado e cotado. É importante salientar que todas as categorias apuradas estão devidamente explicadas num documento em anexo chamado “Grelha de Categorias” (disponível em anexo), através do qual fica explícita a necessária codificação “nesta” ou “naquela” categoria, das informações fornecidas pelas participantes. Finalmente, o investigador foi recolhendo notas escritas à medida que ia ouvindo as entrevistas, de forma sistemática e numa lógica de observador, acerca de algum pormenor que lhe parecesse pertinente para a compreensão e interpretação dos dados (que fosse além da própria grelha construída) e/ou de citações *ipsis verbis* por parte das participantes.

A informação fornecida pelas participantes foi tratada através de uma técnica qualitativa de análise de material – a *análise de conteúdo* – hoje umas das técnicas mais comuns na investigação empírica. Segundo Vala (2001) esta técnica permite recorrer a material biográfico como fonte de informação sobre a personalidade, motivações e atitudes dos indivíduos. O autor, que nos dá uma perspectiva eclética, evoca as ideias de Bardin de 1979, para justificar que a análise de conteúdo não é apenas uma técnica de descrição de material mas permite também fazer inferências, que levam da simples descrição do material à interpretação deste.

Sintetizando, a estratégia utilizada neste estudo foi fazer uma exploração do *corpus* de respostas criando, após diversos ensaios, uma grelha de categorias que releva simultaneamente a problemática da literatura e teorias de base (preditores de perda de peso e modificação comportamental assente na Teoria da Auto-Determinação) e as características concretas dos materiais em análise.

Em resumo, a metodologia utilizada nesta investigação passou pelos seguintes passos:

1. Elaboração de entrevista semi-estruturada;
2. Preparação dos entrevistadores para a aplicação da entrevista;

3. Aplicação da entrevista semi-estruturada e recolha de respostas em discurso espontâneo com registo áudio (cassetes);
4. Audição e transcrição das entrevistas para texto escrito e início da reflexão (com tomada de notas e primeiras tentativas para a conceptualização de categorias abrangentes e capazes de dar conta do dominador comum do discurso) para a construção das categorias e posterior análise dos dados;
5. Nova leitura das respostas e profunda reflexão para a construção da grelha final;
6. Cotação do material nas categorias definidas;
7. Análise estatística.

Análise Estatística

Foi utilizado o programa estatístico PASW Statistics 19 (*Predictive Analytics SoftWare*) para a análise e tratamento estatístico dos dados.

A amostra foi caracterizada através do recurso à estatística descritiva, com o cálculo de medidas de tendência central (média) e de medidas de dispersão (desvio-padrão) para as variáveis contínuas, e frequências relativas (em percentagem) para as variáveis categóricas.

Foi igualmente utilizado o teste Qui-Quadrado, de forma a verificar a existência de diferenças entre as respostas das participantes aos 0 meses, para cada uma das subcategorias.

A partir das subcategorias das variáveis psicossociais apuradas, foram criados grupos para averiguar a diferença de médias da perda de peso aos 12 meses, através de um teste paramétrico muito robusto, que pode ser usado mesmo que os resultados não obedeçam a uma distribuição normal, o Teste de T (Pereira, 2004).

RESULTADOS

Uma questão pertinente prende-se com o atrito. Apesar de terem sido avaliadas 45 mulheres no *baseline* (entrevista aplicada aos 0 meses), durante o ano de intervenção existiram algumas desistências e exclusões do programa, antes do término da fase de intervenção, ou seja, antes dos 12 meses. Por esta razão, verificaram-se alguns *missings* no “N” original da amostra, pelo que as análises correspondentes à diferença de peso entre os 0 e os 12 meses, em termos percentuais, contam com essas “perdas”.

As características das participantes do estudo (caracterização da amostra), apresentadas na tabela 5, revelam uma idade de $36,73 \pm 7,52$ anos, uma altura de $1,61 \pm 0,05$ m e um peso de $81,66 \pm 12,63$ kg. Verifica-se uma elevada percentagem de mulheres com obesidade ($IMC > 30 \text{ kg/m}^2$), 60% (27 participantes) da amostra total. Com um IMC correspondente a excesso de peso encontram-se 35,6% (16) das participantes e apenas 4,4% (2) têm valores ligeiramente abaixo do limite inferior desta categoria.

Tabela 5 – Descrição da amostra

	AMOSTRA n=45
	M \pm DP
Idade (anos)	36,73 \pm 7,52
Altura (m)	1,61 \pm 0,05
Peso (kg)	81,66 \pm 12,63
IMC ($< 25 \text{ kg/m}^2$) – peso normal	2 (4,4%)
IMC ($25\text{-}30 \text{ kg/m}^2$) – excesso de peso	16 (35,6%)
IMC ($> 30 \text{ kg/m}^2$) – obesidade	27 (60,0%)

Um dos objectivos da presente investigação foi a análise da frequência e percentagem das variáveis psicossociais apuradas através da entrevista semi-estruturada, as quais são apresentadas na tabela 6.

Em relação à primeira categoria – **Objectivos/expectativas da participação no programa** – salienta-se que 55,6% (25) das participantes verbaliza espontaneamente o objectivo de perda

de peso, valor que não é estatisticamente diferente das respostas das participantes que não verbalizam esse objectivo. Ainda em relação a esta categoria, verifica-se que uma percentagem elevada de mulheres referem o objectivo de promoção da saúde (77,8%) e de melhoria de auto-percepção (75,6%), valores que apresentam diferenças em relação às mulheres que não indicam tais objectivos ($p<0,001$ e $p=0,001$, respectivamente). Por outro lado, só 20% das participantes (9) indicam a interacção social como objectivo a alcançar com o programa, resultado que apresenta diferença em relação às participantes que não apontam tal objectivo ($p<0,001$). Outra evidência dos resultados relacionada com esta categoria, é o facto de 24 mulheres (61,5%) revelarem expectativas irrealistas de perda de peso, apesar de não haver diferenças em relação às que têm expectativas realistas.

Tabela 6 – Frequências e percentagens aos 0 meses para as variáveis psicossociais; nível de significância das diferenças entre as respostas

	N	AMOSTRA	P
Objectivos/expectativas da participação no programa			
Perder peso: Sim vs Não	45	25 (55,6%) vs 20 (44,4%)	0,456
Promoção de saúde: Sim vs Não	45	35 (77,8%) vs 10 (22,2%)	<0,001
Melhoria de auto-percepção: Sim vs Não	45	34 (75,6%) vs 11 (24,4%)	0,001
Aquisição de conhecimentos: Sim vs Não	45	20 (44,4%) vs 25 (55,6%)	0,456
Interacção social: Sim vs Não	45	9 (20,0%) vs 36 (80,0%)	<0,001
Expectativas de perda de peso: Realistas vs Irrealistas	39	15 (38,5%) vs 24 (61,5%)	0,150
Motivação/estilo de regulação			
Extrínseca/parcialm. extrínseca vs Intrínseca/parcialm. intrínseca	45	37 (82,2%) vs 8 (17,8%)	<0,001
Barreiras à perda de peso			
Organização do tempo: Sim vs Não	45	11 (24,4%) vs 34 (75,6%)	0,001
Prática de actividade física: Sim vs Não	45	14 (31,1%) vs 31 (68,9%)	0,011
Aquisição de plano alimentar saudável: Sim vs Não	45	24 (53,3%) vs 21 (46,7%)	0,656
Resistência à frustração/falta de motivação: Sim vs Não	45	2 (4,4%) vs 43 (95,6%)	<0,001
Contexto social (percepção do sujeito)			
Percepção do suporte social actual: Positivo vs Negativo	45	36 (80,0%) vs 9 (20,0%)	<0,001
Percepção do suporte social anterior: Positivo vs Negativo	26	18 (69,2%) vs 8 (30,8%)	0,050

Na categoria – **Motivação/estilo de regulação** – observa-se que 82,2% (37) das participantes apresentam uma motivação extrínseca ou parcialmente extrínseca para a participação no programa, valor estatisticamente significativo ($p<0,001$), por comparação ao grupo de

participantes que revela um estilo de regulação intrínseco ou parcialmente intrínseco, 17,8% da amostra.

Na categoria – **Barreiras à perda de peso** – destaca-se a aquisição de um plano alimentar saudável como a principal barreira referida pelas participantes, com um valor de 53,3%, no entanto, este valor não apresenta diferenças em relação às mulheres que não referem tal barreira. Nas restantes subcategorias verificam-se diferenças entre as respostas dadas ($p<0,05$). Assim, observa-se que a resistência à frustração/falta de motivação como uma barreira à perda de peso é referida por poucas participantes, pois apenas 2 mulheres (4,4%) a indicam. Com valores percentuais menos expressivos estão as variáveis organização do tempo e a prática de actividade física, nas quais apenas 24,4% e 31,1% das participantes as referem como barreiras à perda de peso, respectivamente.

Na categoria – **Contexto social (percepção do sujeito)** – observa-se que a maioria das participantes refere uma percepção positiva sobre o suporte social actual e anterior, com valores de 80,0% e 69,2%, respectivamente. Através da análise estatística, verifica-se igualmente que existem diferenças entre a percepção positiva e a percepção negativa para as subcategorias anteriormente referidas ($p<0,001$ e $p<0,05$, respectivamente).

Dos resultados observados na tabela 7 (página seguinte), verifica-se que para a categoria – **História do peso** – destacam-se as subcategorias aumento de peso no passado, aumento de peso progressivo e oscilações frequentes do peso, como as mais evidentes em termos percentuais (78,6%, 52,6% e 66,7%, respectivamente). Para a primeira, aumento de peso no passado vs. presente, verificou-se diferença entre as respostas dadas pelos dois grupos ($p=0,033$). É importante ter em conta que os valores de “N” são muito pequenos nas subcategorias referidas. Em relação à variável tentativas anterior de perda de peso, em 44 participantes apenas 2 (4,5%) referem nunca terem tentado perder peso ao longo das suas vidas.

Para a categoria – **Atribuição da responsabilidade do excesso de peso/obesidade** – não existem diferenças entre as respostas, ou seja, 44,4% referem condicionantes externas e 55,6% condicionantes internas.

Tabela 7 – Frequências e percentagens aos 0 meses para as variáveis psicossociais; nível de significância das diferenças entre as respostas (continuação da Tabela 6)

	N	AMOSTRA	P
História do peso			
Aumento de peso: Passado vs Presente	14	11 (78,6%) vs 3 (21,4%)	0,033
Aumento de peso: Progressivo vs Situação marcante	19	10 (52,6%) vs 9 (47,4%)	0,819
Oscilações frequentes do peso vs Estabilidade do peso	9	6 (66,7%) vs 3 (33,3%)	0,317
Tentativas anteriores de perda de peso:	44		
Ausência de tentativas		2 (4,5%)	
Presença, sem recurso a profissionais		20 (45,5%)	
Presença, com recurso a profissionais		17 (38,6%)	
Presença, sem e com recurso a profissionais		5 (11,4%)	<0,001
Atrib. da responsabilidade do excesso de peso/obesidade			
Condicionantes: Externas vs Internas (do próprio)	45	20 (44,4%) vs 25 (55,6%)	0,456
Relação com a alimentação			
Positiva/saudável vs Negativa/inadequada	45	14 (31,1%) vs 31 (68,9%)	0,011
Relação com o exercício			
Positiva/saudável vs Negativa/inadequada	42	28 (66,7%) vs 14 (33,3%)	0,031
História passada de prática de AF/desporto: Irregular vs Regular	18	4 (22,2%) vs 14 (77,8%)	0,018
Relação com o corpo/imagem corporal			
Positiva/saudável vs Negativa/inadequada	44	15 (34,1%) vs 29 (65,9%)	0,035
Vulnerabilidade ao stress			
Presença vs Ausência	45	36 (80,0%) vs 9 (20,0%)	<0,001
Stress familiar: Presença vs Ausência	45	23 (51,1%) vs 22 (48,9%)	0,891
Stress laboral: Presença vs Ausência	45	28 (62,2%) vs 17 (37,8%)	0,101
Stress económico: Presença vs Ausência	45	5 (11,1%) vs 40 (88,9%)	<0,001

Nas categorias – **Relação com a alimentação** e **Relação com exercício** – verifica-se que a maioria das participantes indica, respectivamente, uma relação negativa/inadequada e positiva/saudável ($p=0,011$ e $p=0,031$).

Na categoria – **Relação com o corpo/imagem corporal** – constata-se que a 65,9% das participantes aponta para uma relação negativa/inadequada ($p=0,035$), comparativamente às que referem uma relação positiva/saudável.

Para a categoria – **Vulnerabilidade ao stress** – os resultados encontrados indicam que a maioria das participantes (80%) refere uma presença de factores de vulnerabilidade ao stress

($p < 0,001$). Continuando a análise à categoria, é de salientar que apenas na subcategoria presença ou ausência de stress económico se encontram diferenças nas respostas dadas pelas participantes, com valores de 11,1% na resposta de presença.

Nas tabelas 8 e 9 (páginas seguintes), são apresentadas as comparações dos valores médios e desvios padrão ao nível da percentagem de variação de peso entre 0 e 12 meses, nos diferentes grupos de mulheres, criados a partir das respostas dadas na entrevista semi-estruturada.

Numa primeira análise, observa-se que nenhum dos grupos criados apresenta diferenças entre si. No entanto, para as subcategorias aumento de peso progressivo ou em situação marcante, tentativas anteriores de perda de peso ou sem tentativas e relação com o exercício positiva/saudável ou negativa/inadequada, são encontradas tendências para a diferença entre os grupos ($p=0,088$; $p=0,099$; $p=0,093$; respectivamente).

De destacar que a percentagem média de perda de peso varia conforme os grupos, entre $-3,34 \pm 3,31$ no grupo de participantes que refere ter a interacção social como objectivo da participação no programa, e os $-13,18 \pm 11,82$ no grupo de participantes que não tem tentativas de perda de peso anteriores, na sua história pessoal.

Apesar de não se observarem resultados estatisticamente significativos que se devem, presumivelmente e em grande parte, à existência de um “N total” inexpressivo, é interessante verificar algumas diferenças acentuadas nos valores percentuais de perda de peso, para as diferentes respostas. Sendo a norma de variação entre si, cerca de 1% a 5%, destaca-se a subcategoria aumento de peso no passado ou presente, em que existe quase mais 7% de perda de peso para as mulheres que referem aumento de peso no presente. Na categoria **Vulnerabilidade ao stress** verifica-se que as participantes que não mencionam factores de stress perdem cerca de mais 2,5% do peso, comparativamente às que referem existir factores de stress ($-8,41 \pm 4,28$ e $-5,70 \pm 6,27$, respectivamente).

o

Tabela 8 – Comparação dos valores médios e desvios padrão ao nível da percentagem de variação de peso entre 0 e 12 meses, nos diferentes grupos de mulheres criados a partir das variáveis psicossociais

	N	M ± DP	P
Objectivos/expectativas da participação no programa			
Referem objectivo de perder peso	21	-6,53 ± 7,42	0,796
Não referem objectivo de perder peso	20	-6,04 ± 4,05	
Com expectativas realistas	22	-6,50 ± 6,38	0,861
Com expectativas irrealistas	13	-6,89 ± 6,12	
Referem objectivo de promoção de saúde	32	-6,53 ± 5,82	0,634
Não referem objectivo de promoção de saúde	9	-5,44 ± 6,67	
Referem objectivo de melhoria de auto-percepção	31	-5,60 ± 5,69	0,192
Não referem objectivo de melhoria de auto-percepção	10	-8,44 ± 6,53	
Referem objectivo de aquisição de conhecimentos	19	-7,05 ± 6,78	0,455
Não referem objectivo de aquisição de conhecimentos	22	-5,64 ± 5,20	
Referem objectivo de interacção social	8	-3,34 ± 3,31	0,118
Não referem objectivo de interacção social	33	-7,01 ± 6,25	
Motivação/estilo de regulação			
Extrínseca/parcialmente extrínseca	33	-6,58 ± 6,16	0,534
Intrínseca/parcialmente intrínseca	8	-5,10 ± 5,17	
Barreiras à perda de peso			
Referem organização do tempo	11	-4,22 ± 4,55	0,180
Não referem organização do tempo	30	-7,05 ± 6,28	
Referem prática de actividade física	12	-4,99 ± 4,71	0,375
Não referem prática de actividade física	29	-6,83 ± 6,39	
Referem aquisição de plano alimentar saudável	21	-5,96 ± 6,23	0,717
Não referem aquisição de plano alimentar saudável	20	-6,65 ± 5,77	
Referem resistência à frustração/falta de motivação	2	-11,17 ± 8,09	0,239
Não referem resistência à frustração/falta de motivação	39	-6,04 ± 5,85	
Contexto Social			
Têm percepção positiva do suporte social actual	32	-6,84 ± 6,41	0,275
Têm percepção negativa do suporte social actual	9	-4,36 ± 3,46	
Têm percepção positiva do suporte social anterior	15	-6,37 ± 7,56	0,928
Têm percepção negativa do suporte social anterior	8	-6,10 ± 4,14	

Tabela 9 – Comparação dos valores médios e desvios padrão ao nível da percentagem de variação de peso entre 0 e 12 meses, nos diferentes grupos de mulheres criados a partir das variáveis psicossociais (continuação da Tabela 8)

	N	M ± DP	P
História do peso			
Referem aumento de peso no passado	10	-6,63 ± 7,02	0,306
Referem aumento de peso no presente	2	-13,04 ± 12,02	
Referem aumento de peso progressivo	8	-4,99 ± 6,28	0,088
Referem aumento de peso em situação marcante	9	-10,97 ± 7,12	
Referem oscilações frequentes do peso	6	-8,25 ± 4,30	0,235
Referem estabilidade do peso	2	-3,92 ± 2,16	
Referem tentativas anteriores de perda de peso	38	-5,98 ± 5,63	0,099
Não referem tentativas anteriores de perda de peso	2	-13,18 ± 11,82	
Atrib. da responsabilidade do excesso de peso/obesidade			
Referem atribuição a condicionantes externas	17	-5,07 ± 5,79	0,272
Referem atribuição a condicionantes internas (do próprio)	24	-7,16 ± 6,02	
Relação com a alimentação			
Referem relação positiva/saudável	14	-7,52 ± 6,81	0,347
Referem relação negativa/inadequada	27	-5,66 ± 5,47	
Relação com o exercício			
Referem relação positiva/saudável	26	-7,36 ± 6,31	0,093
Referem relação negativa/inadequada	12	-3,83 ± 4,71	
Referem história passada de prática de act. física/desporto irregular	3	-4,32 ± 5,97	0,741
Referem história passada de prática de act. física/desporto regular	13	-5,36 ± 4,60	
Relação com o corpo/imagem corporal			
Referem relação positiva/saudável	11	-5,14 ± 6,52	0,462
Referem relação negativa/inadequada	29	-6,73 ± 5,88	
Vulnerabilidade ao stress			
Referem factores de vulnerabilidade ao stress	32	-5,70 ± 6,27	0,232
Não referem factores de vulnerabilidade ao stress	9	-8,41 ± 4,28	
Referem factores de stress ao nível familiar	20	-5,63 ± 6,88	0,491
Não referem factores de stress ao nível familiar	21	-6,93 ± 4,50	
Referem factores de stress ao nível laboral	26	-5,92 ± 6,50	0,601
Não referem factores de stress ao nível laboral	15	-6,94 ± 4,99	
Referem factores de stress ao nível económico	4	-3,44 ± 4,15	0,318
Não referem factores de stress ao nível económico	37	-6,60 ± 6,07	

DISCUSSÃO

O presente trabalho teve dois grandes objectivos: explorar factores psicossociais iniciais e aspectos relacionados com a história pessoal do peso, num programa de controlo de peso; e averiguar as diferenças de perda de peso em função dos valores destes factores, ao final de um ano de intervenção.

Para o primeiro objectivo, fez-se uma exploração de todo o material recolhido através de uma metodologia qualitativa, fazendo uso de um instrumento muito rico – a entrevista semi-estruturada; para o segundo objectivo, realizaram-se as análises possíveis no sentido de averiguar eventuais tendências, diferenças e relações entre variáveis psicossociais pré-existentes e perda ponderal aos 12 meses.

Apesar de terem sido entrevistadas 45 mulheres antes do início da intervenção (aos 0 meses), as análises aos 12 meses têm menos 4 participantes do que a amostra inicial. Esta redução do “N” inicial deveu-se a: duas das situações foram por *drop-out* por parte da participante (por motivos desconhecidos); outra situação foi desistência por mudança de residência; a quarta participante foi por ter iniciado outro programa de perda de peso (o que constituiu critério de exclusão).

Sendo a amostra do presente estudo uma amostra de mulheres com excesso de peso, segundo os critérios definidos pela OMS do que é excesso de peso ($IMC \geq 25$), é importante destringir as diferentes categorias da condição “ter excesso de peso”. Ora, verificou-se que 60% dos casos se pode classificar como tendo obesidade ($IMC \geq 30$), e os restantes 40% estão numa condição de pré-obesidade.

Nos aspectos **sócio-demográficos** é interessante verificar que a maioria (53,3%) das participantes tem habilitações literárias superiores. Apesar de a amostra ter sido recrutada da comunidade, sem ser necessário recorrer a critérios de conveniência, é interessante constatar como a procura de participação num programa comportamental de controlo do peso desta natureza, inteiramente gratuito para o participante, surge por parte de pessoas de todas os níveis de escolaridade, sobretudo de um nível mais elevado. Esta condição também se verifica

para o estado civil, em que se encontram mulheres casadas em metade da amostra, sendo a outra metade constituída por mulheres solteiras, divorciadas ou viúvas. Na revisão de Teixeira *et al.* (2005) observa-se que não foram analisadas na maioria dos estudos as variáveis socio-demográficas (idade, sexo, estado civil, rendimento, nível de escolaridade...) como preditores. Não existem, portanto, muitos dados de outros estudos com os quais se possam comparar os resultados da presente investigação.

Remetendo, então, para o *primeiro objectivo* deste estudo – explorar factores **psicossociais** (num sentido lato, comportamentos e cognições) – foi possível apurar variáveis muito semelhantes às descritas na literatura, no que respeita às características potencialmente moderadoras de peso. Através da análise exaustiva do material obtido com a entrevista, e tendo em conta a literatura científica acerca de variáveis predictoras, foi feita uma análise exploratória do conteúdo do discurso espontâneo e expressões utilizadas pelas participantes, que permitiu elaborar a grelha e cotar as respostas de acordo com esta. De certa forma, a grelha representa o “primórdio dos resultados”.

A contabilização de frequências e percentagens das variáveis psicossociais encontradas forneceu informação do funcionamento dominante das participantes desta amostra, no que respeita às suas cognições, crenças, desejos, comportamentos, atitudes para consigo próprias e para com o que as envolve. Toda esta informação é referente à questão da participação no programa de controlo de peso e para a capacidade maior ou menor em mudar comportamentos de saúde (adopção de actividade física e planos alimentares saudáveis).

As mulheres da amostra da presente investigação revelaram, sobretudo, terem como objectivo de participação no programa, a **promoção da sua saúde**. É interessante verificar que quase 80% o verbalizaram espontaneamente. É, aliás, o objectivo mais saliente. Apesar de manifestarem esta meta, não existe informação suficiente acerca da razão que as leva a verbalizar tal objectivo. Poder-se-á colocar a hipótese de intenção de uma melhoria na **qualidade de vida** em geral (física e psicológica). Apesar das diferenças encontradas entre as participantes que o referiram das que não o verbalizaram, em termos de peso perdido ao final de 12 meses, essa diferença não foi significativa. Ainda assim, as mulheres que desejam promover a sua saúde, perdem mais peso do que as outras (cerca de 1 ponto percentual). Segundo Teixeira *et al.* (2005), as variáveis acerca da qualidade de vida têm sido escassamente avaliadas nos estudos, antes da intervenção, como predictoras do controlo de peso. Apenas 2 estudos (Teixeira *et al.*, 2002; Teixeira *et al.*, 2004a) mediram a qualidade de

vida antes do tratamento de obesidade, de cujos resultados se salienta que as mulheres com uma qualidade de vida mais baixa no início do programa, correm maior risco de acabar o tratamento com insucesso ou a fazerem *drop-outs*, em estudos de curto e longo prazo. Em contraste, num programa comportamental com mulheres portuguesas não se identificaram quaisquer relações entre as medidas de qualidade de vida e a perda de peso ou atrito numa intervenção comportamental de 4 meses e seguimento de 12 meses (Teixeira *et al.*, 2004b). No estudo qualitativo de Herriot *et al.* (2006), em que os autores quiseram melhorar a compreensão do motivo pelo qual indivíduos se oferecem para participar em processos de perda de peso, salientam-se, como principais motivações da participação no programa, a falta de auto-estima e confiança no momento da avaliação e a oportunidade de participar num estudo académico. Curiosamente, em contraste com os dados da presente investigação, Herriot *et al.* (2006) concluíram que reduzir os riscos de saúde não foi a principal motivação das pessoas que decidiram perder peso. O aumento do sentimento de valor intrínseco obtido através da perda de peso e a motivação continuada revelaram estar associados ao sucesso na perda de peso.

As participantes do programa mostraram-se mais interessadas, para além de atingir a condição de saúde com a adopção de estilos de vida saudável, em promover **melhoria da auto-percepção**, através das seguintes variáveis: auto-conceito, auto-eficácia (em geral e específica, ao nível do exercício físico e da alimentação), auto-estima, auto-imagem e imagem corporal. O conceito de **auto-eficácia** (seja ao nível de dimensões mais gerais ou específicas de um comportamento em particular) tem sido associado à adopção de comportamentos ligados à saúde. Nos trabalhos de Pratt *et al.* (1992) e Williams *et al.* (1996) uma maior perda de peso foi relacionada a uma maior auto-eficácia geral. No caso de outros estudos, uma maior perda de peso foi relacionada a uma auto-eficácia específica para alimentação e/ou exercício (Teixeira *et al.*, 2002; Teixeira *et al.*, 2004a; Linde *et al.*, 2006; Palmeira *et al.*, 2007). Nesta investigação verificou-se que as mulheres que referiram melhoria da auto-percepção como objectivo perderam menos peso no final da intervenção. Isto faz levantar a hipótese de que, de facto, estas mulheres não se sentem auto-eficazes para a mudança de comportamentos, sobretudo se se tiver em linha de conta a frequência de respostas dada a outras variáveis, como a relação com a alimentação (auto-eficácia alimentar) e as barreiras à perda de peso (aquisição de plano alimentar saudável). Nestas variáveis, as mulheres que deram informação de uma relação negativa/inadequada com a alimentação e da aquisição de um plano alimentar saudável como uma barreira à perda de peso são, de facto, as que perdem menos peso em termos percentuais no final do programa. No entanto, essas diferenças não são

significativas entre os grupos. Uma questão que continua em aberto é se a auto-eficácia deverá ser vista como uma variável moderadora ou como mediadora de perda de peso (Teixeira *et al.*, 2006; Palmeira *et al.*, 2007; Teixeira *et al.*, 2009). Segundo Linde *et al.* (2006) uma maior auto-eficácia levaria à adoção de comportamentos de auto-monitorização, que por sua vez estariam associados a uma maior perda de peso reforçando, assim, o papel da variável auto-eficácia como mediadora. Também no estudo de Palmeira *et al.* (2007), realizado em Portugal, a mudança nos níveis de auto-eficácia durante os quatros meses de intervenção explicaram cerca de 20% da variabilidade na alteração do peso. De uma forma geral, os programas com intervenções comportamentais são concebidos com a intenção de promover a auto-eficácia dos participantes, o que pode reduzir a capacidade preditiva do seu valor pré-tratamento (Teixeira *et al.*, 2005).

Por outro lado, uma melhoria na auto-percepção impõe uma melhoria também da **auto-imagem** e da **imagem corporal**. Em mulheres com excesso de peso e obesidade encontra-se uma maior prevalência de insatisfação corporal (Schwartz & Brownell, 2004). Também aqui, na presente investigação, a taxa de insatisfação com o corpo e imagem corporal se revelou elevada. Mas ao inverso das variáveis anteriores, quem referiu uma relação negativa/inadequada com a imagem corporal foi quem perdeu mais peso. A imagem corporal está relacionada com a percepção que cada um tem do seu corpo e com a forma como interpreta e adapta essa “imagem” aos seus sentimentos, atitudes e comportamentos. Se considerarmos a variável melhoria da auto-percepção, como abrangendo uma melhoria em alguns conceitos, como a auto-eficácia, a auto-imagem/imagem corporal e a auto-estima, também neste caso (imagem corporal) surgem resultados inconsistentes ou escassos para se poder tirar conclusões, tal como verificado na revisão de Teixeira *et al.* (2005).

Verifica-se, portanto, que nesta investigação apenas um terço das participantes revela uma **relação saudável com o corpo** e a sua imagem corporal, manifestado pela facilidade em lidar com a sua imagem, pelo prazer em comportamentos como olhar-se ao espelho ou ver-se em fotografias, pela facilidade e prazer em comprar roupa e cuidar da sua imagem. Por outro lado, nesta investigação observou-se que, uma relação negativa/inadequada com a imagem corporal implica uma tendência para perder mais peso. Estes resultados vão ao encontro dos encontrados por Kiernan *et al.* (1998), num estudo quantitativo, no qual se verificou uma baixa insatisfação corporal como preditor significativo de sucesso de perda de peso. Por outro lado, os dados da revisão de Teixeira *et al.* (2005), revelaram que alguns estudos quantitativos apontam para uma ausência de associação entre as variáveis e outros referem ter havido

associação positiva (melhor imagem corporal, maior perda de peso). Cooper *et al.* (2003) salientam ainda que uma maior insatisfação com a imagem corporal parece dificultar o processo de perda de peso. Estes dados encontrados em estudos quantitativos, contradizem os resultados da presente investigação.

Estando integradas num programa que visa a perda e manutenção do peso a curto e longo prazo, era espectável que as participantes deste estudo manifestassem também, tal como aconteceu na maioria dos casos, o objectivo específico de **perda peso**, apesar de não ter surgido como o mais saliente.

Cerca de metade das participantes verbalizaram ainda o interesse em **adquirir novos conhecimentos** no que respeita a comportamentos de saúde, como forma de disponibilizarem de mais ferramentas no combate ao excesso de peso e obesidade. Sendo o programa PESO (no qual as mulheres participaram), um programa essencialmente educativo, que focava os tópicos considerados essenciais ao sucesso de um processo de perda de peso (actividade física, nutrição e modificação comportamental), seria esperado que as participantes evocassem este objectivo na participação do programa.

Apenas um quinto das participantes referiu um interesse na **aquisição de novas relações interpessoais**, ou a troca de experiências com pessoas com a mesma problemática, ou do apoio da equipa de intervenção. Teixeira *et al.* (2005) referem, na sua revisão, a existência de três tipos de suporte social: suporte da equipa de intervenção, suporte do grupo e suporte da família. No objectivo de interacção social está subjacente o apoio prestado pelo grupo e pela equipa no processo de perda de peso. O que se verifica no estudo presente é que as mulheres que têm este objectivo (interacção social), são as que chegam a menores perdas de peso no final da intervenção. Há que destacar o facto de apenas uma minoria o verbalizar, o que fomenta, à partida, tendência para diferenças entre os grupos (cerca de 3,5% de perda de peso). Poder-se-á pensar que se tratam de mulheres com maiores necessidades de socialização e que dependem mais do efeito e poder do grupo para atingirem objectivos individuais. De qualquer forma seria pertinente averiguar estas hipóteses através de outros instrumentos.

A importância excessiva atribuída à imagem corporal poderá, também, constituir um forte obstáculo ao desenvolvimento e aceitação de expectativas de resultados/objectivos de perda de peso realisticamente alcançáveis no tratamento, contribuindo para o menor sucesso na manutenção do peso. É neste sentido que, ainda no que respeita aos objectivos e expectativas,

também o presente estudo corrobora os resultados de diversas investigações que usam metodologias quantitativas, no que se refere às **expectativas da perda de peso**. Mais uma vez, a maioria das participantes revelou expectativas irrealistas (cerca de 60%), ou porque têm expectativas de perda de peso muito acima das possíveis, ou porque manifestaram resistência em prever obstáculos. Segundo Jeffery *et al.* (1998) e Byrne *et al.* (2003), as expectativas excessivamente otimistas e desajustadas são a norma de respostas entre os indivíduos que procuram perder peso. Quando questionados, os participantes (de diferentes intervenções) afirmaram que tinham como objectivo perder entre 21-42% do peso (Foster *et al.*, 1997; Jeffery *et al.*, 1998; Linné *et al.*, 2002; Linde *et al.*, 2005). Estes valores vão muito além do que as intervenções conseguem “produzir”, mesmo considerando os casos de maior sucesso. Apenas uma minoria acaba por atingir estes objectivos. O habitual é a perda de peso situar-se em cerca de um terço dos objectivos iniciais (Linné *et al.*, 2002). No entanto, os resultados dos estudos têm-se revelado por vezes díspares (Teixeira *et al.*, 2005). Se por um lado alguns investigadores associaram expectativas bastante otimistas a uma menor perda de peso e objectivos mais modestos associados a maior sucesso após os 4 meses de intervenção e nos 12 meses de seguimento (Teixeira *et al.*, 2002; Teixeira *et al.*, 2004a), outros estudos revelaram maiores expectativas iniciais associadas a uma maior perda de peso (Pratt *et al.*, 1992; Linde *et al.*, 2005; Teixeira *et al.*, 2004b; Carels *et al.*, 2005). Outros trabalhos ainda não encontraram evidência de qualquer associação (Linné *et al.*, 1992; Jeffery *et al.*, 1998). Até ao momento, expectativas positivas e realistas predizem os melhores resultados, especialmente se acompanhadas por uma forte percepção de auto-confiança (Pratt *et al.*, 1992). Em alguns estudos, expectativas mais elevadas foram mesmo predictoras de atrito em programas de controlo do peso (Teixeira *et al.*, 2002; Dalle Grave, *et al.* 2005a; Dalle Grave *et al.*, 2005b).

A grande maioria das mulheres deste estudo revelou um *locus* de causalidade tendencialmente externo, comportamentos menos autónomos, movidos por obediência, castigo, recompensa e controlo, ou comportamentos que têm em vista evitar a culpa, a ansiedade e os conflitos internos. Apenas 18% parece ter um **estilo de regulação** interna ou parcialmente interna, em que os comportamentos são mais autónomos, em que há valorização de uma determinada acção ou objectivo, passando esta a constituir-se como pessoalmente importante, ou quando estes são avaliados como estando em congruência com os valores e necessidades individuais. De acordo com Deci & Ryan (1985) a regulação intrínseca, ou auto-regulação, pressupõe motivação autêntica, auto-regulada, auto-controlada e auto-dirigida. Os resultados desta investigação revelam que mais de 80% das mulheres tem uma **motivação extrínseca** e as restantes uma **motivação intrínseca**. Ao contrário do que é encontrado na literatura, as

participantes com motivação extrínseca ou parcialmente extrínseca perdem mais peso que as mulheres com motivação intrínseca (em cerca de 1,5% a mais). De acordo com a Teoria da Auto-Determinação (Deci & Ryan, 1985; Ryan & Deci, 2000), uma pessoa mais intrinsecamente motivada revela comportamentos mais autónomos e auto-determinados que as levam a cumprir os objectivos com maior sentimento de competência (comportamento esse que pode ser, por exemplo, a adopção de prática de actividade física e de um plano alimentar saudável para atingir o objectivo de perda de peso). Diversos estudos recentes têm mostrado o papel crucial que comportamentos motivados, como o exercício físico regular e uma dieta saudável, pode desempenhar na manutenção da saúde (Silva *et al.*, 2008).

Para a variável **barreiras à perda de peso** durante a participação no programa, a maioria das participantes manifestou receio em **adquirir hábitos alimentares novos** e mais saudáveis, comprometendo a concretização do objectivo primordial do programa. A **prática de actividade física** e a **organização do tempo** foram algumas vezes referenciadas como barreiras, e a percepção de **falta de motivação e baixa tolerância à frustração** praticamente não é verbalizada (embora se tenha evidenciado uma diferença entre os grupos para esta última, provavelmente devido à disparidade do números de sujeitos por grupo).

Em relação ao contexto social em que estão inseridas, e ao apoio que esperam por parte dos familiares próximos e amigos, em termos de **suporte social actual e anterior**, uma grande maioria parece sentir-se satisfeita para essa condição. Ou seja, muitas participantes manifestam a capacidade de partilhar com as pessoas significativas a decisão de entrada no programa, e sentem apoio e confiança por parte destes nessa decisão. No caso do suporte social actual, a maioria das mulheres apresenta um suporte positivo. No que concerne à perda de peso no final do programa, apesar do pequeno valor preditivo, estes resultados são sugestivos de que o suporte social medido antes do tratamento leva a melhores resultados em termos de peso perdido.

Para a variável **história do peso**, quase 80% refere um **aumento de peso no passado**, **progressivo** e com **oscilações** ao longo da vida. A revisão realizada pelo Institute of Medicine (1995), concluiu que a história de oscilações de peso não é preditiva de resultados em termos de peso. No entanto, para as pessoas com um **aumento de peso numa situação marcante** (em contraste com um aumento progressivo), existem perdas de peso maiores, na ordem dos 11% (por contraste a 5%), o que nos indica que as mulheres que ganharam peso numa situação de vida marcante “parecem” perder mais peso ao fim de 1 ano de tratamento. É

necessário ter em conta que o número de pessoas que dão informação sobre estas variáveis é bastante inferior em relação à amostra total, o que minimiza a capacidade preditiva dos resultados.

Em contraste com o que se verificou no estilo de regulação, em que a grande maioria das participantes revelou um *locus* de causalidade mais externo, na atribuição da responsabilidade do excesso de peso/obesidade, mais de metade das mulheres remete a responsabilização do excesso de peso a condicionantes internas, delas próprias (estilo de vida sedentário com falta de prática de exercício físico, alimentação desequilibrada e/ou desregulada, dificuldade na mudança de comportamentos, desinteresse em si própria, entre outras). Ou seja, apesar de apresentarem maior evidência na motivação extrínseca ou parcialmente extrínseca, dão informação de se colocarem a si próprias em causa, e como agentes activos nos seus processos de ganho de peso. Portanto, a grande maioria das mulheres da amostra deste estudo acreditam que os seus comportamentos determinaram o aumento de peso que sofreram (***locus de controlo interno***), por oposição ao impacto de outros acontecimentos externos (***locus de controlo externo***). Segundo Adolfsson *et al.* (2005) os indivíduos com regulação mais “interna” têm tendência para controlar o ambiente que os rodeia e a responsabilizarem-se pelas suas acções. As pessoas com uma orientação mais “externa” acreditam que são outras pessoas, acontecimentos externos ou simplesmente a “sorte/azar” que controlam e determinam a sua vida. Algumas das participantes no actual estudo referiram a gravidez como um acontecimento externo e marcante no seu aumento de peso. De facto, um *locus* mais “externo” nunca foi identificado como sendo favorável no processo de controlo do peso. No estudo qualitativo de Ziebland *et al.* (2002) as justificações dos participantes para o aumento de peso na meia-idade incluíram razões internas, do próprio (um estilo de vida sedentário) e variadas razões externas ao próprio, específicas de género (como as alterações hormonais e o conforto dado pela alimentação emocional nas mulheres).

No que concerne à **relação com a alimentação**, quase três quartos (cerca de 70%) da amostra manifesta uma relação negativa ou inadequada, ou seja, revela uma relação: preocupada/ansiosgénica com a alimentação; despreocupada e sem cuidados especiais na escolha saudável dos alimentos; associada a comportamentos de compulsão/voracidade alimentar e a alimentação emocional; a ausência de sentimento de auto-eficácia alimentar. Este resultado vai ao encontro da dificuldade que as participantes referem sentir em adquirir uma reeducação alimentar, vista como barreira à perda de peso. Segundo a literatura, apesar de muitas pessoas relatarem comportamentos de compulsão alimentar, comumente vistos

como um factor negativo no controlo do peso e associados a uma maior percepção de barreiras à perda de peso, os dados dos estudos revelam pouca ou nenhuma associação entre mudanças de peso durante o tratamento e a compulsão alimentar no *baseline* (Teixeira *et al.*, 2005). Há estudos que revelam taxas de desistência semelhantes entre sujeitos com e sem patologia do comportamento alimentar. No entanto, existem também dados de que alguns sujeitos com alimentação compulsiva não aderem aos novos padrões de alimentação propostos pelas intervenções comportamentais e abandonam os programas antes de os finalizarem. Nas revisões mais recentes (Institute of Medicine, 1995; Teixeira *et al.*, 2005) sobre preditores de sucesso no controlo do peso, a evidência das variáveis alimentação compulsiva e alimentação emocional é insuficiente para fazerem parte de um modelo de predição.

Para a **vulnerabilidade ao stress**, mais de três quartos das participantes refere ter, no momento actual (antes da intervenção) ou no momento futuro (durante o ano em que a intervenção decorreria), factores promotores e “anunciadores” de stress. Também aqui as participantes que evocaram factores de stress revelaram-se diferentes das que não manifestam a existência de stress nos dados de *baseline* e em relação à perda de peso aos 12 meses. Embora a perda de peso não seja significativamente diferente, há uma tendência clara e pertinente: as mulheres que referem ter factores de stress perdem menos cerca de 2,5% de peso que as mulheres que negam a existência desses factores. Os factores de stress mais evocados são ao nível familiar e laboral. De acordo com Teixeira *et al.* (2005) poucos estudos têm avaliado o impacto de níveis de stress pré-tratamento nos resultados, apesar de se considerar que níveis elevados de stress e ansiedade são factores que limitam o tratamento comportamental da obesidade. A sua influência é assumida, como mais importante, durante o processo de perda de peso e não tanto como um aspecto relevante no *baseline*. Daí a questão sobre as variáveis de stress, utilizada na entrevista semi-estruturada da presente investigação, centrar-se em stress actual e possíveis fontes de stress no futuro, durante o decorrer da intervenção. O facto da grande maioria das participantes evocar no presente e futuro situações de stress, e tendo em linha de conta a falta de estudo consistente acerca destas variáveis, leva a crer que o stress deverá ser melhor estudado em investigações futuras, quer se tratem de estudos quantitativos ou qualitativos.

Para o *segundo objectivo* deste estudo – averiguar diferenças entre as variáveis psicossociais e variáveis da história do peso na perda de peso, ao final de um ano de intervenção – verificou-se que nenhum dos grupos criados a partir das variáveis psicossociais e de história do peso

apresenta diferenças entre si, em relação à variável perda de peso (aos 12 meses). Apenas se apuram tendências.

Na **relação com o exercício** o sentido inverte-se (comparativamente à relação com a alimentação). Para além de haver uma taxa grande de mulheres com história de actividade física regular no passado (cerca de 80% da amostra), são mais as mulheres que referem ter uma relação positiva e saudável com a prática de actividade física (relação preocupada/atenta com o exercício, associada a emoções positivas e a um sentimento de auto-eficácia desportiva, e à intenção e capacidade para a mudança para um estilo de vida mais activo), do que as que expressam o contrário. De acordo com Teixeira *et al.* (2005) a adopção de exercício físico é importante para o processo de controlo de peso, particularmente para o sucesso a longo prazo. Apesar da importância do exercício, os seus aspectos mais psicológicos no contexto do sucesso dos programas de controlo do peso têm sido pouco estudados. Não foi objectivo da presente investigação averiguar se as variáveis relacionadas com o exercício físico são ou não preditoras de perdas de peso a longo prazo. No entanto, neste estudo foram avaliadas, através de uma metodologia qualitativa, a auto-eficácia, as barreiras percebidas e os sentimentos de prazer e competência para a prática de actividade física. Os dados encontrados conferem uma “pré-disposição” para a mudança de comportamentos no que concerne à adopção de prática de actividade física: verificou-se, por um lado, que as participantes que não encaram a actividade física como uma barreira à perda de peso são as que conseguem maiores perdas de peso aos 12 meses; por outro lado, as participantes com uma relação positiva/saudável com a actividade física, perdem mais cerca de 3,5% de peso que as que referem uma relação negativa. Na literatura, apenas alguns estudos verificaram se as variáveis psicossociais do exercício (pré-tratamento) podem ser preditoras de comportamentos para a prática de exercício ou perda de peso durante o tratamento. A elevada auto-eficácia percebida para o exercício, avaliada pela convicção que o sujeito tem de assumir nos seus comportamentos a inclusão de um plano de actividade física durante pelo menos 6 meses e as baixas barreiras para o exercício, associam-se significativamente a resultados de perda de peso a curto e longo prazo (Teixeira *et al.*, 2002; Teixeira *et al.*, 2004a). Outras evidências constataam: a adopção de um estilo de vida mais activo (Elfhag *et al.*, 2005) e actividade física regular (Wing & Hill, 2001) têm sido associados a uma manutenção do peso perdido; maiores níveis de exercício, mesmo com alguns períodos de interrupção, são preditores de uma maior perda de peso (Jeffery *et al.*, 2003).

A frequente participação em programas de perda de peso e a história de repetidas tentativas de perda de peso é algo comum nas pessoas que fazem tratamentos comportamentais para a obesidade e, quase sempre, se correlaciona negativamente com a perda ponderal (Teixeira *et al.*, 2005). Em relação ao presente estudo, o resultado acerca das **tentativas anteriores de perda de peso** corrobora o que está descrito na literatura: quase todas as participantes deste programa têm tentativas anteriores de peso na sua história pessoal (apenas 5% da amostra não refere tentativas anteriores). Segundo Jeffery *et al.* (1991), estima-se que entre 61-75% das mulheres já tentaram perder peso em algum momento da sua vida e entre 26-44% estão actualmente a tentar fazê-lo. Posteriormente à revisão do Institute of Medicine (1995), em diversos trabalhos foram também encontradas associações entre o número de tentativas anteriores de perda de peso e o sucesso na intervenção (Kiernan *et al.*, 1998; Teixeira *et al.*, 2002; Teixeira *et al.*, 2004a; Teixeira *et al.*, 2004b; Vogels *et al.*, 2005). Também na revisão de Teixeira *et al.* (2005), muitos resultados de estudos publicados antes e depois de 1995 sugerem que a anterior participação em programas de controlo de peso e/ou dietas anteriores, constituem variáveis preditoras de piores resultados de perda de peso durante e após o tratamento para a obesidade. No estudo qualitativo de Ziebland *et al.* (2002), com entrevistas semi-estruturadas (cujos dados foram analisados através de métodos quantitativos e qualitativos), os autores revelaram que cerca de 87% das mulheres e 59% dos homens referiram tentativas anteriores de perda de peso e pelo menos um exemplo de perda de peso bem sucedida foi relatado por 58% das mulheres e 47% dos homens, embora muitas dessas tentativas tenham sido relativamente curtas e motivadas por objectivos específicos. Toda a literatura acerca desta variável remete para a maior quantidade de tentativas prévias de perda de peso ser um dos preditores mais consistentes para o insucesso do tratamento comportamental da obesidade. Um resultado muito interessante (apesar de estatisticamente não significativo), verificado na presente investigação, é o de que as mulheres sem **história passada de tentativas de perda de peso** perdem, percentualmente, mais cerca de 7% do peso que as que realizaram tentativas. A revisão realizada pelo Institute of Medicine (1995), salienta que os mecanismos específicos subjacentes às tentativas repetidas de perda de peso não foram ainda identificados. Como tal, não se pode excluir a ideia de que a história de tentativas falhadas pode reflectir uma resistência fisiológica à perda de peso, quer se desenvolva ao longo dos anos ou seja a expressão de um traço genético particular. Assim sendo, esta variável poderá reflectir um determinado “perfil” de resistência individual à perda de peso, que pode estar relacionado com factores ambientais, fisiológicos e psicológicos ou com a interacção destes entre si. Dados de muitos dos estudos aqui apresentados, fazem

concluir que a maior quantidade de tentativas prévias de perda de peso é um dos preditores mais consistentes para o insucesso do tratamento comportamental da obesidade.

O facto de não ser possível encontrar resultados significativos, sobretudo aos 12 meses, prende-se, fundamentalmente, com o tamanho da amostra. Em alguns dos resultados presentes nesta investigação, a frequência de respostas encontradas através do discurso espontâneo das participantes foi diminuta, o que condiciona a capacidade dos dados encontrados para a predição de perda ponderal.

CONCLUSÃO

Neste estudo pretendeu-se, por um lado, apurar factores psicossociais pré-existentes a um tratamento comportamental para a perda de peso, através do discurso espontâneo dos sujeitos da amostra e, por outro, averiguar diferenças entre as variáveis psicossociais iniciais na variável perda de peso ao final de 1 ano de intervenção.

Através de uma metodologia raramente utilizada em estudos deste âmbito (metodologia qualitativa), e fazendo uso de um instrumento muito rico (entrevista semi-estruturada), foram apuradas diversas variáveis psicossociais e outras variáveis, relacionadas com a história pessoal do peso e tentativas anteriores de perda de peso. As principais conclusões encontradas ao nível da descrição destas variáveis são as seguintes:

- a promoção de saúde e a melhoria de auto-percepção foram os principais objectivos e expectativas referidos na adesão ao programa;
- a maioria das mulheres inseridas no programa têm um estilo de regulação extrínseco ou parcialmente extrínseco;
- a maior barreira à perda de peso referenciada foi a aquisição de um plano alimentar saudável;
- para a maioria das participantes, nem a organização do tempo, nem a prática de actividade física, nem a resistência à frustração/falta de motivação, constituíram barreiras à perda de peso;
- a percepção que as mulheres têm do seu suporte social é, na maioria dos casos, positivo;
- quase a totalidade das participantes referiu que realizou tentativas anteriores de perda de peso;
- a maioria das mulheres atribui responsabilidade do excesso de peso a condicionantes internas;
- a maioria das mulheres apresenta uma relação positiva com o exercício;
- a maioria das mulheres apresenta uma relação negativa com a alimentação e a imagem corporal;
- a maioria das mulheres refere presença de factores de stress no momento da avaliação e durante a intervenção.

Conclui-se também que nenhum dos grupos criados a partir das variáveis psicossociais e de história do peso, apresenta diferenças entre si, em relação à variável perda de peso (aos 12 meses). Apenas se apuraram tendências de maiores perdas de peso aos 12 meses, nos seguintes grupos:

- em mulheres que referem aumento de peso em situação marcante, em comparação com as que verbalizam aumento de peso progressivo;
- em mulheres que negam tentativas de perdas de peso no passado, em comparação com as que o verbalizam;
- em mulheres que referem uma relação saudável com o exercício, em comparação com as que verbalizam uma relação negativa.

Vantagens e Limitações do Estudo

Evidenciam-se as seguintes vantagens, nesta investigação de natureza qualitativa:

- riqueza do material obtido com a entrevista semi-estruturada;
- maior capacidade de valorizar as características individuais;
- possibilidade de complementar dados de estudos quantitativos.

Os pontos seguintes salientam algumas limitações e desvantagens do presente estudo:

- o tamanho reduzido da amostra;
- a falta de poder estatístico das análises de resultados;
- a subjectividade do investigador que codifica o material obtido através da entrevista, inerente a qualquer estudo de âmbito qualitativo.

Recomendações de Directrizes

Sugerem-se, como directrizes e possíveis linhas para futura investigação:

- necessidade de amostras de maior tamanho, em estudos de âmbito qualitativo;
- necessidade de mais investigação acerca do impacto de factores pré-tratamento no controlo do peso, utilizando métodos e instrumentos qualitativos de recolha e análise de dados;

- necessidade de reavaliação em períodos de *follow-up* a longo prazo (e não apenas no final da intervenção);
- necessidade de investigação, através de metodologia qualitativa, de outras evidências quantitativas existentes na literatura, que não constituem preditores de resultados ao nível do peso;
- necessidade de explorar, através de metodologia qualitativa, a variável do atrito;
- necessidade de avaliar a interacção entre indivíduos e características dos programas, utilizando metodologia qualitativa;
- necessidade de comparação de variáveis analisadas de forma qualitativa, em diferentes tipos de tratamento para a obesidade: comportamentais, farmacológicos e cirúrgicos.

BIBLIOGRAFIA

- Adolfsson, B.; Andersson, I.; Elofsson, S.; Rössner, S.; Undén, A. (2005). Locus of control and weight reduction. *Patient Education and Counseling*, 56, 55-61.
- American College of Sports Medicine (2001). *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription 76th Edition*). Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins.
- Ames, G.; Perri, M.; Fox, L.; Fallon, E.; Braganza, N.; Murawski, M.; Pafumi, L.; Hausenblas, H. (2005). Changing weight-loss expectations: a randomized pilot study. *Eating Behaviors*, 6, 259-269.
- Annesi, J. & Whitaker, A. (2009). Psychological factors discriminating between successful and unsuccessful weight loss in a behavioral exercise and nutrition education treatment. *International Journal of Behavioral Medicine*.
- Astrup, A. & Rössner, S. (2000). Lessons from obesity management programmes: greater initial weight loss improves long-term maintenance. *Obesity reviews*, 1, 17-19.
- Ball, K.; Brown, W.; Crawford, D. (2002). Who does not gain weight? Prevalence and predictors of weight maintenance in young women. *International Journal of Obesity*, 26, 1570-1578.
- Ball, K. & Crawford, D. (2006). An investigation of psychological, social and environmental correlates of obesity and weight gain in young women. *International Journal of Obesity*, 30, 1240-1249.
- Ball, K.; Salmon, J.; Giles-Corti, B.; Crawford, D. (2006). How can socio-economic differences in physical activity among women be explained? A qualitative study. *Women and Health*, 43(1), 93-113.
- Bandura A 1977 Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 84(2):191-215.
- Baranowski, T.; Klesges, L.; Cullen, K.; Himes, J. (2004). Measurement of outcomes, mediators, and moderators in behavioral obesity prevention research. *Preventive Medicine*, 38, S1-S13.
- Baron R. & Kenny D. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Bonato, D. & Boland, F. (1987). Predictors of weight loss at the end of treatment and 1-year follow-up for a behavioral weight loss program. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 573-577.

- Brownell, K. & Wadden, T. (1992). Etiology and treatment of obesity: understanding a serious, prevalent, and refractory disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(4), 505-17.
- Brug, J.; Wammes, B.; Kremers, S.; Giskes, k.; Oenema, A. (2006). Underestimation and overestimation of personal weight status: associations with socio-demographic characteristics and weight maintenance intentions. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 19, 253-262.
- Bryan, J. & Tiggemann, M. (2001). The effect of weight-loss dieting on cognitive performance and psychological well-being in overweight women. *Appetite* 36(2), 147-56.
- Byrne, S. (2002). Psychological aspects of weight maintenance and relapse in obesity. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1029-1036.
- Byrne, S.; Cooper, Z.; Fairburn, C. (2003). Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. *International Journal of Obesity*, 27, 955-962.
- Byrne, S.; Cooper, Z.; Fairburn, C. (2004). Psychological predictors of weight regain in obesity. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1341-1356.
- Cardinal, B. & Kosma, M. (2004). Self-efficacy and the stages and processes of change associated with adopting and maintaining muscular fitness-promoting behaviors. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 75(2), 186-196.
- Carels, R.; Cacciapaglia, H.; Douglass, O; Rydin, S.; O'Brien, W. (2003). The early identification of poor treatment outcome in a women's weight loss program. *Eating Behaviors*, 4, 265-282.
- Carels, R.; Cacciapaglia, H.; Rydin, S.; Douglass, O; Harper, J. (2006). Can social desirability interfere with success in a behavioral weight loss program? *Psychology and Health*, 21(1), 65-78.
- Carels, R.; Darby, L.; Rydin, S.; Douglass, O; Cacciapaglia, H.; O'Brien, W. (2005). The Relationship Between Self-Monitoring, Outcome Expectancies, Difficulties With Eating and Exercise, and Physical Activity and Weight Loss Treatment Outcomes. *Annals of Behavioral Medicine*, 30(3), 182-190.
- Carels, R.; Young, K.; Wott, C.; Harper, J.; Gumble, A.; Oehlof, M.; Clayton, A. (2009). Weight Bias and Weight Loss Treatment Outcomes in Treatment-Seeking Adults. *Annals of Behavioral Medicine*, 37, 350-355.
- Carmo, I.; Santos, O.; Camolas, J.; Vieira, J.; Carreira, M.; Medina, L.; Reis, L. & Galvão-Teles, A. (2006). Prevalence of obesity in Portugal. *Obesity Reviews*, 7, 233-237.
- Carmo, I.; Santos, O.; Camolas, J.; Vieira, J.; Carreira, M.; Medina, L.; Reis, L.; Myatt, J.; Glavão-Teles, A. (2008). Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. *Obesity Reviews*, 9(1), 11-19.
- Carmo, I.; Santos, O.; Camolas, J.; Vieira, J. (2009). *A Obesidade em Portugal e no Mundo*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

- Chaput, J.; Leblanc, C.; Pérusse, L.; Després, J.; Bouchard, C.; Tremblay, A. (2009). Risk Factors for Adult Overweight and Obesity in the Quebec Family Study: Have We Been Barking Up the wrong tree? *Obesity*, 17, 1964-1970.
- Crawford, D. & Ball, K. (2002). Behavioural determinants of the obesity epidemic. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 11(Suppl), S718–S721.
- Cuntz, U.; Leibbrand, R.; Ehrig, C.; Shaw, R.; Fichter, M. (2001). Predictors of post-treatment weight reduction after in-patient behavioral therapy. *International Journal of Obesity*, 25(Suppl 1), S99–S101.
- Dalle Grave, R.; Calugi, S.; Magri, F.; Dall’Aglia, E.; Lucchin, L.; Melchionda, N.; Marchesini, G. et al. (2004). Weight loss expectations in obese patients seeking treatment at medical centers. *Obesity Research*, 12(12), 2005-2012.
- Dalle Grave, R.; Calugi, S.; Molinari, E.; Petroni, M.; Bondi, M.; Compare, A.; Marchesini, G. et al. (2005a). Weight loss expectations in obese patients and treatment attrition: an observational multicenter study. *Obesity Research*, 13(11), 1961-1969.
- Dalle Grave, R.; Melchionda, N.; Calugi, S.; Centis, E.; Tufano, A.; Fatati G., Fusco, M.; Marchesini, G. (2005b). Continuous care in the treatment of obesity: an observational multicentre study. *Journal of Internal Medicine*, 258, 265-273.
- Davison, K. & Birch, L. (2004). Lean and weight stable: behavioral predictors and psychological correlates. *Obesity Research*, 12(7), 1085-1093.
- Deci, E. & Ryan, R. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. New York: Plenum Press.
- De Ketele, J. & Roegiers, X. (1993). *Metodologia da Recolha de dados – Fundamentos dos métodos de observações, de questionários, de entrevistas e de estudo de documentos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Dohm, F.; Beattie, J.; Aibel, C.; Striegel-Moore, R. (2001). Factors differentiating women and men who successfully maintain weight loss from women and men who do not. *Journal of Clinical Psychology*, 57(1), 105–117.
- Douketis, J.; Macie, C.; Thabane, L. (2005). Systematic review of long-term weight loss studies in obese adults: clinical significance and applicability to clinical practice. *International Journal of Obesity*, 29, 1153-1167.
- Drapeau, V.; Provencher, V.; Lemieux, S.; Despre’s, J.; Bouchard, C.; Tremblay, A. (2003). Do 6-y changes in eating behaviors predict changes in body weight? Results from the Québec Family Study. *International Journal of Obesity*, 27, 808-814.
- Drapeau, V.; King, N.; Hetherington, M.; Doucet, E.; Blundell, J.; Tremblay, A. (2007). Appetite sensations and satiety quotient: Predictors of energy intake and weight loss. *Appetite*, 48, 159–166.
- Elfhag, K.; Rössner, S.; Carlsson, A.; Barkeling, B. (2003). Sibutramine treatment in obesity: predictors of weight loss including rorschach personality data. *Obesity Research*, 11(11), 1391-1399.

- Elfhag, K. & Rössner, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity reviews* 6, 67-85.
- Elfhag, K.; Finer, N.; Rössner, S. (2008). Who will lose weight on sibutramine and orlistat? Psychological correlates for treatment success. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 10, 498-505.
- Fabricatore, A.; Wadden, T.; Moore, R.; Butryn, M.; Heymsfield, S.; Nguyen, A. (2009). Predictors of attrition and weight loss success: results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 685-691.
- Finch, E.; Linde, J.; Jeffery, R.; Rothman, A.; King, C.; Levy, R. (2005). The effects of outcome expectations and satisfaction on weight loss and maintenance: correlational and experimental analyses — a randomized trial. *Health Psychology*, 24(6), 608-616.
- Fitzgibbon, M. & Kirschenbaum, D. (1990). Heterogeneity of clinical presentation among obese individuals seeking treatment. *Addictive Behaviors*, 15, 291-295.
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor.
- Fogelholm M.; Kukkonen-Harjula K.; Oja, P. (1999). Eating control and physical activity as determinants of short-term weight maintenance after a very-low-calorie diet among obese women. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 23(2), 203-10.
- Fontaine, K. & Cheskin, L. (1999). Optimism and obesity treatment outcomes. *Journal of Clinical Psychology*, 55(1), 141-143.
- Forster, J. & Jeffery, R. (1986). Gender differences related to weight history, eating patterns, efficacy expectations, self-esteem, and weight loss among participants in a weight reduction program. *Addictive Behaviors*, 11, 141-147.
- Foster, G.; Wadden, T.; Vogt, R.; Brewer, G. (1997). What is a reasonable weight loss? Patients' expectations and evaluations of obesity treatment outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 79-85.
- Foster, G.; Phelan, S.; Wadden, T.; Gill, D.; Ermold, J.; Didie, E. (2004). Promoting more modest weight losses: a pilot study. *Obesity Research*, 12(8), 1271-1277.
- Friedman, M. & Brownell, K. (1995). Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychological Bulletin*, 117(1), 3-20.
- Grossi, E.; Dalle Grave, R.; Mannucci, E.; Molinari, E.; Compare, A.; Cuzzolaro, M.; Marchesini, G. (2006). Complexity of attrition in the treatment of obesity: clues from a structured telephone interview. *International Journal of Obesity*, 30, 1132-1137.
- Herpertz, S.; Kielmann, R.; Wolf, A.; Hebebrand, J.; Senf, W. (2004). Do Psychosocial Variables Predict Weight Loss or Mental Health after Obesity Surgery? A Systematic Review. *Obesity Research*, 12(10), 1554-1569.

- Herriot, A.M.; Thomas, D.E.; Hart, K.H.; Warren, J.; Truby, H. (2007). A qualitative investigation of individual's experiences and expectations before and after completing a trial of commercial weight loss programmes. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 21(1), 72-80.
- Honas, J.; Early, J.; Frederickson, D.; O'Brien, M. (2003). Predictors of attrition in a large clinic-based weight-loss program. *Obesity Research*, 11(7), 888-894.
- Inelmen, E.; Toffanello, E.; Enzi, G.; Gasparini, G.; Miotto, F.; Sergi, G.; Busetto, L. (2005). Predictors of drop-out in overweight and obese outpatients. *International Journal of Obesity*, 29, 122-128.
- Institute of Medicine (1995) *Weighing the Options: Criteria for Evaluating Weight-Management Programs*. National Academy Press, Washington, DC.
- Jeffery, RW, Adlis SA, Forster JL. (1991) Prevalence of dieting among working men and women: the healthy worker project. *Health Psychology*, 10(4), 274-81.
- Jeffery, R.; Wing, R.; Mayer, R. (1998). Are Smaller Weight Losses or More Achievable Weight Loss Goals Better in the Long Term for Obese Patients? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (4), 641-645.
- Jeffery, R.; French, S.; Rothman, A. (1999). Stage of change as a predictor of success in weight control in adult women. *Health Psychology*, 18(5), 543-545.
- Jeffery, R.; McGuire, M.; French, S. (2002). Prevalence and correlates of large weight gains and losses. *International Journal of Obesity*, 26, 969-972.
- Jeffery, R.; Kelly, K.; Rothman, A.; Sherwood, N.; Boutelle, K. (2004). The weight loss experience: a descriptive analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 27(2), 100-106.
- Kayman, S.; Bruvold, W.; Stern, J. (1990). Maintenance and relapse after weight loss in women: behavioral aspects. *American Journal of Clinical Nutrition*, 52, 800-807.
- Kiernan, M.; King, A.; Kraemer, H.; Stefanick, M.; Killen, J. (1998). Characteristics of successful and unsuccessful dieters: an application of signal detection methodology. *Annals of Behavioral Medicine*, 20(1), 1-6.
- King, A.; Kieman, M.; Oman, R.; Kraemer, H.; Hull, M.; Ahn, D. (1997). Can we identify who will adhere to long-term physical activity? Signal detection methodology as a potential aid to clinical decision making. *Health Psychology*, 16(4), 380-389.
- Korkeila, M.; Rissanen, A.; Kaprio, J.; Sørensen, T.; Koskenvuo, M. (1999). Weight-loss attempts and risk of major weight gain: a prospective study in Finnish adults. *American Journal of Clinical Nutrition*, 70, 965-975.
- Kraemer, H.; Wilson, G.; Fairburn, C.; Agras, W. (2002). Mediators and moderates of treatment effects in randomized clinical trials. *Archives of General Psychiatry*, 59, 877-883.
- Kremers, S.; Visscher, T.; Seidell, J.; van Mechelen, W.; Brug, J. (2005). Cognitive determinants of energy balance-related behaviours. *Sports Medicine*, 35(11), 923-933.

- Leibbrand, R. & Fichter, M. (2002). Maintenance of weight loss after obesity treatment: is continuous support necessary? *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1275-1289.
- Leverence, R.; Williams, R.; Sussman, A.; Crabtree, B. (2007). Obesity counseling and guidelines in primary care: a qualitative study. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(4), 334-339.
- Linde, J.; Jeffery, R.; Finch, E.; Ng, D.; Rothman, A. (2004). Are unrealistic weight loss Goals associated with outcomes for overweight women. *Obesity Research*, 12(3), 569-576.
- Linde JA, Jeffery RW, Levy RL, Pronk NP, Boyle RG 2005 Weight loss goals and treatment outcomes among overweight men and women enrolled in a weight loss trial. *International Journal of Obesity (Lond)* 29(8):1002-5.
- Linde JA, Rothman AJ, Baldwin AS, Jeffery RW 2006 The impact of self-efficacy on behavior change and weight change among overweight participants in a weight loss trial. *Health Psychol* 25(3):282-91.
- Linné Y.; Hemmingsson E.; Adolfsson B.; Ramsten J.; Rossner S. (2002). Patient expectations of obesity treatment-the experience from a day-care unit. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 26(5), 739-41.
- Maroy, C. (1997). Práticas e métodos de investigação em Ciências Sociais. In Luc Albarello (Coord.), *A análise quantitativa de entrevistas* (pp.117-155). Lisboa: Gradiva.
- Mikhail C.; Raynaud A.; Shepard V.; Nieman P.; Arceo D.; Klish W. (2009). Psychological predictors of success in a pediatric cognitive-behavioral weight-control program. *Texas Medical Association*, 105(2), 25-32.
- Miller, P. (1996). Redefining success in eating disorders. *Addictive Behaviors*, 21(6), 745-754.
- Murray, M. & Chamberlain, K. (1999). *Qualitative Health Psychology: Theories & Methods*. London: SAGE Publications .
- Ogden, J.; Clementine, C.; Aylwin, S. (2006). The impact of obesity surgery and the paradox of control: a qualitative study. *Psychology and Health*, 21(2), 273-293.
- Palmeira, A.; Teixeira, P.; Branco, T.; Martins, S.; Minderico, C.; Barata, J.; Serpa, S.; Sardinha, L. (2007). Predicting short-time weight loss using four leading health behavior change theories. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 4(14).
- Pasman, W.; Saris, W.; Westerterp-Plantenga, M. (1999). Predictors of weight maintenance. *Obesity Research*, 7(1), 43-50.
- Pereira, A. (2004). *SPSS – Guia Prático de Utilização – Análise de Dados para as Ciências Sociais e Psicologia*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pratt, C.; McLaughlin, G.; Gaylor, C. (1992). A multivariate analysis of weight-loss behavior. *Psychological Reports*. 71, 1075–1084.

- Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- Rössner, S.; Hammarstrand, M.; Hemmingsson, E.; Neovius, M.; Johansson, K. (2008). Long-term weight loss and weight-loss maintenance strategies. *Obesity Reviews*, 9, 624-630.
- Schwartz, M. & Brownell, K. (1995). Matching individuals to weight loss treatments: a survey of obesity experts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(1), 149-153.
- Sherwood NE, Jeffery RW, Wing RR 1999 Binge status as a predictor of weight loss treatment outcome. *International Journal of Obesity Relat Metab Disord* 23(5):485-93.
- Silva, M.; Teixeira, P.; Vieira, P.; Minderico, C.; Castro, M.; Coutinho, S.; Carraça, E.; Marcelino, M.; Santos, T.; Sardinha, L. (2007). Programa P.E.S.O. – Promoção do Exercício e Saúde na Obesidade: metodologia e descrição da intervenção. *ENDO – Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*, 1(1), 17-28.
- Silva, M.; Markland, D.; Minderico, C.; Vieira, P.; Castro, M.; Coutinho, S.; Santos, T.; Matos, M.; Sardinha, L.; Teixeira, P. (2008). A randomized controlled trial to evaluate self-determination theory for exercise adherence and weight control: rationale and intervention description. *BMC Public Health*, 8, 234.
- Stotland, S. & Larocque, M. (2005). Early treatment response as a predictor of ongoing weight loss in obesity treatment. *British Journal of Health Psychology*, 10, 601–614.
- Teixeira, P.; Going, S.; Houtkooper, L.; Cussler, E.; Martin, C.; Metcalfe, L.; Finkenthal, N.; Blew, R.; Sardinha, L.; Lohman, T. (2002). Weight loss readiness in middle-aged women: psychosocial predictors of success for behavioral weight reduction. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(6), 499-523.
- Teixeira, P.; Going, S.; Houtkooper, L.; Metcalfe, L.; Cussler, E.; Finkenthal, N.; Stanford, V.; Sardinha, L.; Lohman, T. (2001) Weight-loss readiness: profiles of successful and unsuccessful "losers" in a lifestyle intervention *Nutrition Week*.
- Teixeira, P.; Going, S.; Houtkooper, L.; Cussler, E.; Martin, C.; Metcalfe, L.; Finkenthal, N.; Blew, R.; Sardinha, L.; Lohman, T. (2002). Weight loss readiness in middle-aged women: psychosocial predictors of success for behavioral weight reduction. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(6), 499-523.
- Teixeira, P.; Going, S.; Houtkooper, L.; Cussler, E.; Metcalfe, L.; Blew, R.; Sardinha, L. ; Lohman, T. (2004a). Pretreatment predictors of attrition and successful weight management in women. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 28(9), 1124-1133.
- Teixeira, P.; Palmeira, A.; Branco, T.; Martins, S.; Minderico, C.; Barata, J.; Silva, A.; Sardinha, L. (2004b). Who will lose weight? A reexamination of predictors of weight loss in women. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 1(1), 12.
- Teixeira, P.; Going, S.; Sardinha, L. & Lohman, T. (2005). A review of psychosocial pré-treatment predictors of weight control. *Obesity Reviews*, 6, 43-65.

- Teixeira, P.; Going, S.; Houtkooper, L.; Cussler, E.; Metcalfe, L.; Blew, B.; Sardinha, L. & Lohman, T. (2006). Exercise motivation, eating, and body image variables as predictors of weight control. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 38(1), 179-188.
- Teixeira, P.; Silva, M.; Coutinho, S.; Palmeira, A.; Mata, J.; Vieira, P.; Carraça, E.; Santos, T.; Sardinha, L. (2009). Mediators of Weight Loss and Weight Loss Maintenance in Middle-aged Women. *Obesity (Silver Spring)*.
- USDHHS (1998). *Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults*. NIH –National Heart, Lung, and. Blood Institute: Bethesda, MD.
- Vala, J. (2001). Metodologia das ciências sociais. In Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto. Porto: Edições Afrontamento.
- Vogels N, Diepvens K, Westerterp-Plantenga MS. (2005). Predictors of long-term weight maintenance. *Obes Res* 13(12), 2162-8.
- Wadden, T.; Brownell, K.; Foster, G. (2002). Obesity: responding to the global epidemic. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 510-525.
- Wadden, T.; Butryn, M.; Byrne, K. (2004). Efficacy of lifestyle modification for long-term weight control. *Obesity Research*, 12(sup), 151-162.
- Weiss, A.R. (1977). Characteristics of successful weight reducers: a brief review of predictor variables. *Addictive Behaviors* 2(4),193-201.
- Williams, G.; Grow, V.; Freedman, Z.; Ryan, R.; Deci, E. (1996). Motivational Predictors of Weight Loss and Weight-Loss Maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(1), 115-126.
- Wing, R.; Hill, J. (2001). Successful weight loss maintenance. *Annual Review of Nutrition*, 21, 323–341.
- Wing, R. (2003). Behavioral interventions for obesity: recognizing our progress and future challenges. *Obesity Research*, 11(Suppl. 1), 3S–6S.
- Wing, R.; Papandonatos, G.; Fava, J.; Gorin, A.; Phelan, S.; McCaffery, J.; Tate, D. (2008). Maintaining large weight losses: the role of behavioral and psychological factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 1015-1021.
- World Health Organization (2011). Obesity and Overweight, Fact Sheet N° 311 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>)
- Ziebland, S; Robertson, J.; Jay, J.; Neil, A. (2002). Body image and weight change in middle age: a qualitative study. *International Journal of Obesity*, 26, 1083-1091.

ANEXOS

Programa P.E.S.O. II

Guião para Entrevista Semi-Estruturada

I

Bom dia / tarde, antes de mais bem vinda a este primeiro momento de avaliações, dos 3 que vai realizar antes do início do programa PESO.

O meu nome é _____ e, conforme o delineado pela calendarização do Programa Peso, vou estar com a (Nome da Participante), nos próximos cerca de 45 m, para procedermos à realização da entrevista.

Antes de iniciarmos, é importante esclarecer alguns pontos relacionados com a estrutura e desenvolvimento desta entrevista:

A) Consiste numa série de questões relacionadas com o excesso de peso e a sua participação no programa;

B). As perguntas que lhe vamos colocar são iguais para todas os participantes, e podem, eventualmente, ter semelhanças com as que encontra na Bateria de Testes Psicométricos. Isto deve-se ao facto de estarmos perante duas avaliações complementares mas diferentes. Na entrevista, valorizamos muito a sua opinião e a sua experiência subjectiva.

C). Assim sendo, agradecemos que responda da forma mais verdadeira, ponderada e completa possível às questões colocadas. Não há respostas certas nem erradas. O fundamental é a sua experiência pelo que eu vou falar muito pouco.

D). Esta entrevista, tal como a bateria de testes, não funciona como critério de exclusão no programa. A (nome da participante) já se encontra inscrita no programa, pelo que estes procedimentos apenas servem para nos ajudar a conhecê-la melhor.

Antes de dar início à Entrevista propriamente dita queria acrescentar que, por uma questão de rigor metodológico, é importante gravar as respostas dadas. Desta forma o que disser será fielmente registado.

O Programa assegura que toda a informação será tratada apenas no âmbito do mesmo, e com toda a confidencialidade, sendo atribuídos códigos a todos os participantes. Nunca esta gravação, ou a sua transcrição, será fornecida a terceiros.

Tem alguma objecção a que usemos o gravador? (ver questões práticas no final)

Se tiver uma objecção forte ao uso podemos procurar outra solução...

Há alguma questão que gostaria de colocar antes do início da Entrevista?

(ver questões Práticas no final)

(Por o gravador a funcionar; Pedir o Bilhete de Identidade que servirá para confirmar os dados iniciais)

II

1. Qual é o seu primeiro e último nome?

2. Qual é o seu nº de participante?

3. Que idade tem?

4. Com quem vive actualmente?
5. Qual é a sua profissão, ou ocupação principal?
6. Como é que tomou conhecimento do Programa Peso?
7. Porque é que decidiu inscrever-se no Programa?
8. Tem amigas ou conhecidas que se inscreveram?
9. Está a entrar para um programa de controlo de peso, o que significa que tem algum peso a mais. Na sua opinião por que razão se encontra actualmente com excesso de peso?
(Conduzir para Alimentação/ Actividade Física/ Ambas)
10. Porque é que quer perder peso?
11. Sendo este um programa de controlo de peso, é provável que consiga perder algum, bem como alguma gordura corporal. Se atingir os seus objectivos (isto é, se perder peso), como espera que a sua vida se altere? Eu vou dar-lhe 3 situações:
 - a. Na sua relação consigo?
 - b. Na sua relação com os outros?
 - c. Na relação dos outros para consigo?
12. Quem é a pessoa/as mais próxima de si?
 - a. O que pensa essa pessoa/as da sua entrada para o programa?
 - b. O que espera (m) essa(s) pessoa(s) desta sua iniciativa para perder peso?
13. A sua família sabe que vai entrar para o programa PESO?
 - a. Como reagiram? (Conduzir núcleo familiar como um todo)
14. Já tentou perder peso antes?
Se Não: passa à pergunta 13
Se Sim: A) Como reagiu a sua família às tentativas anteriores de perder peso?
14. Qual a sua relação com a comida? (Conduzir Preocupada/Despreocupada/Saudável/Atenta)
15. De uma forma geral, como se sente em relação ao seu corpo? Porquê?
16. Tem dificuldade em encontrar roupa que lhe sirva e da qual goste?
17. Como acha que os outros avaliam o seu peso e o seu corpo? (Conduzir impacto da opinião dos outros na decisão de entrar para o programa)
18. O que é que espera que o Programa PESO traga para a sua vida? (questão das expectativas)
19. Sabemos que perder peso pode implicar grandes mudanças no seu estilo de vida. O que acha que vai ser mais difícil, ou que lhe vai custar mais? (Conduzir actividade física, alimentação, outro)

20. Por outro lado, o que espera que seja mais fácil?

21. Acha que será mais fácil perder peso neste programa do que em tentativas anteriores? Porquê?

22. De que forma o Programa a pode melhor ajudar a atingir os seus objectivos em termos de peso? *(Conduzir com exemplos: Será pela via da informação, do acompanhamento regular ou do apoio do grupo?)*

24. Para si qual será o seu peso ideal? *(ou pelo menos um intervalo aceitável)*

a. Se ficar muito longe desse peso, como é que se vai sentir?

25. Muitos de nós temos momentos de stress e ansiedade. Quais as situações na sua vida que lhe causam mais stress? Pense bem para se lembrar de todas as situações possíveis. (3/4 ou mais).

26. Pensa que essas fontes de stress se vão manter no próximo ano, ou prevê que se venham a alterar?

Se Sim, como? *(repetimos, isto nada tem a ver com a participação no programa)*

27. Temos apenas mais alguns minutos, existe algo mais que queira acrescentar e que seja importante para a sua participação no programa?

(Desligar o Gravador)

III.

Para terminar, e já fora do âmbito da entrevista, vamos passar apenas a uma questão de ordem prática. Conforme o estabelecido no ponto 16 do Consentimento Informado, o qual teve de assinar para participar no programa, gostaria de lhe pedir que preenchesse este pequeno formulário com o nome e contactos de duas pessoas próximas ou familiares, que, caso o contacto consigo seja repetidamente impossível, possam ser contactadas.

Esta informação serve apenas para o fim descrito, sendo de acrescentar que, nos próximos dias, algumas dessas pessoas podem estar sujeitas a confirmação dos dados fornecidos.

(Dar o Formulário, garantir que é preenchido devidamente)

Em nome de toda a equipa queria agradecer (nome da participante) a sua disponibilidade e interesse em estar presente. A sua participação é muito importante para a boa continuidade desta investigação.

Até breve!

Questões Práticas

Este **guião** está dividido em 3 partes:

- I. Enquadramento/ Apresentação/ Instruções*
- II. Entrevista propriamente dita (27 questões smi estruturadas)*
- III. Conclusão do Contacto / agradecimentos*

Na Passagem da I para II parte, introduz-se a **questão do gravador**:

Se a Participante não demonstrar vontade/ Intervenções possíveis:

.” Gostaria de ler as questões antes para ter a noção do tipo de perguntas que vamos colocar e saber se se vai sentir bem ou não com a gravação das suas respostas?”

.”É sempre possível desligar o gravador nalguma questão que a faça sentir-se desconfortável. Tirarei então notas escritas do que for dizendo.”

Se a pessoa ainda assim não der o seu consentimento considerar a hipótese de avançar, tirando notas o mais fiéis possível das respostas.

Situações possíveis no decorrer da entrevista:

.A fita acaba: “ Tal como referi no início e muito importante que as suas respostas fiquem registadas, neste sentido, vou-lhe pedir que me conceda 1 segundo para virar a cassete e prosseguiremos” (Depois de virar a cassete repetir a questão para situar a participante)

.A pessoa coloca questões acerca da condução da investigação: remeter para o enquadrador que recebeu as pessoas nesse dia, ou para o apoio telefónico, ou para o e.mail e site do programa (manter contactos à disposição)

.Dificuldades na interpretação das perguntas: repetir 2 vezes a questão, se ainda não resultar dizer à participante que é livre para interpretar a questão.

OBJECTIVOS E EXPECTATIVAS (da participação no programa)

categoria que engloba todas as respostas, expressões ou termos que as participantes utilizam para descrever as metas, desejos, intenções que querem atingir com a sua entrada neste programa de controlo de peso

1) Perda de peso

todo o tipo de respostas que remetam para a perda de peso, redução da massa gorda, da flacidez e melhoria da forma corporal

- expectativas realistas

todo o tipo de respostas que remetam para expectativas de perda de peso adequadas à realidade e que revelem a consciencialização das dificuldades que poderão surgir

- expectativas irrealistas

todo o tipo de respostas que remetam para expectativas de perda de peso muito acima das possíveis e que não encarem a possibilidade da existência de obstáculos; ou todo o tipo de respostas que remetam para expectativas de perda de peso muito baixas e revelem dificuldade em acreditar no sucesso dos resultados

2) Promoção de saúde

todo o tipo de respostas que remetam para a resolução de problemas de saúde, específicos ou não em relação ao peso, aquisição de estilos de vida saudáveis (quer através de comportamentos fisicamente activos quer através de uma alimentação saudável) e uma melhoria da qualidade de vida em geral

3) Melhoria da auto-percepção

todo o tipo de respostas que remetam para a melhoria da auto-estima, do auto-conceito, da auto-eficácia em geral, e específica ao nível do exercício físico e da alimentação, da auto-imagem e imagem corporal

4) Aquisição de conhecimentos

todo o tipo de respostas que remetam para a aprendizagem e intenção de utilização de novos conhecimentos

5) Interacção social

todo o tipo de respostas que remetam para a aquisição de novas relações interpessoais e/ou da melhoria destas, a troca de experiências e o apoio de pessoas com a mesma problemática ou da equipa de intervenção

MOTIVAÇÃO/ESTILO DE REGULAÇÃO

categoria que engloba todas as respostas, expressões ou termos que as participantes utilizam, que revelem o estilo de regulação – interna ou externa – dos comportamentos, ou seja, o grau de autonomia envolvido em cada comportamento; a categoria obedece a um *continuum* que será dividido em regulação tendencialmente externa – regulação externa e regulação por introjecção – e regulação tendencialmente interna – regulação por identificação, regulação por integração e regulação interna

1) Regulação externa ou parcialmente externa

todo o tipo de respostas que remetam para um *locus* de causalidade externa ou parcialmente externa; ou seja, para um tipo de regulação externa – comportamentos menos autónomos que têm em vista satisfazer uma contingência externa, movidos por obediência, castigo, recompensa e controlo – ou para um tipo de regulação por introjecção – comportamentos que têm em vista evitar a culpa, a ansiedade e os conflitos internos, manter a auto-estima e que servem para assegurar sentimentos de valor e competência que, apesar de despoletados internamente, não são ainda experienciados como partes do self

2) Regulação interna ou parcialmente interna

todo o tipo de respostas que remetam para um *locus* de causalidade parcialmente interno ou interno; ou seja, para um tipo de regulação por identificação – comportamentos mais autónomos, em que há valorização de uma determinada acção ou objectivo, passando esta a constituir-se como pessoalmente importante – ou para um tipo de regulação por integração – comportamentos que envolvem o maior grau de autonomia de todas as formas de motivação extrínseca, já muito próxima da regulação intrínseca, e que ocorrem quando os objectivos da motivação são assimilados, isto é, quando estes são avaliados como estando em congruência com os valores e necessidades individuais; no entanto, aqui continua a estar presente o meio externo, e não simplesmente a satisfação pelo comportamento em si. A regulação interna, intrínseca, ou auto-regulação – implica respostas que remetam para a motivação autêntica, auto-regulada, auto-controlada, auto-dirigida, em que o indivíduo está motivado pelo prazer da actividade em si, em que há uma tendência para a procura de novidade/desafio, para adquirir e exercitar capacidades, para explorar/aprender, em que há uma percepção de autonomia e recompensa interna

BARREIRAS À PERDA DE PESO

categoria que engloba todas as respostas, expressões ou termos que as participantes utilizam, que possam constituir possíveis obstáculos à mudança dos estilos de vida e, assim, comprometer a concretização do objectivo primordial do programa: a perda de peso

1) Organização do tempo

todo o tipo de respostas que remetam para a dificuldade na organização do tempo e na integração do programa na vida da participante

2) Prática de actividade física

todo o tipo de respostas que remetam para a percepção do exercício físico como obstáculo à perda de peso, p.e. porque a participante não gosta de exercício, não se sente motivada para a prática e/ou não se sente capaz de o fazer

3) Aquisição de plano alimentar saudável

todo o tipo de respostas que remetam para a aquisição de hábitos alimentares saudáveis como obstáculo à perda de peso, p.e. porque a participante não gosta de cozinhar, não gosta de determinados alimentos, não se sente motivada para a mudança e/ou não se sente capaz de o fazer

4) Resistência à frustração/falta de motivação

todo o tipo de respostas que remetam para a dificuldade em lidar com expectativas falhadas, objectivos não alcançados em termos de perda de peso, dificuldade de persistência, comportamento de desistência e vivências anteriores de perda de peso negativas e frustrantes

CONTEXTO SOCIAL (percepção do sujeito)

categoria que engloba todas as respostas, expressões ou termos que as participantes utilizam, que remetam para o contexto social em que estão inseridas, para o apoio que sentem por parte dos familiares e pessoas mais próximas no que respeita à actual participação no programa, em experiências anteriores semelhantes e/ou em tentativas anteriores de perda de peso, e que remetam para a percepção da participante em relação à aceitação vs. rejeição por parte da sociedade face à condição de ter excesso de peso/ obesidade

1) Percepção do Suporte Familiar/Social Actual

- positivo

todo o tipo de respostas que remetam mais vezes para a possibilidade/capacidade da participante em partilhar com as pessoas significantes – familiares e amigos – a decisão de entrada no programa, para o sentimento de apoio por parte destes nessa decisão, na confiança destes em relação à capacidade da participante em atingir os objectivos propostos, para o sentimento de incentivo, reforço positivo e crítica construtiva por parte dos outros

- negativo

todo o tipo de respostas que remetam mais vezes para a impossibilidade/incapacidade da participante em partilhar com as pessoas significantes – familiares e amigos – a decisão de entrada no programa, para o sentimento de falta de apoio por parte destes nessa decisão, na falta de confiança destes em relação à capacidade da participante em atingir os objectivos propostos, para o sentimento de indiferença, reforço negativo e crítica destrutiva por parte dos outros

2) Percepção do Suporte Familiar/Social Anterior

- positivo

todo o tipo de respostas que remetam mais vezes para o sentimento de apoio em situações anteriores de tentativas de perda de peso por parte dos familiares e amigos, na confiança destes em relação à capacidade da participante em atingir objectivos, no sentimento de incentivo, reforço positivo e crítica construtiva por parte dos outros em situações do passado

- negativo

todo o tipo de respostas que remetam mais vezes para o sentimento de falta de apoio por parte dos familiares e amigos em situações anteriores de tentativas de perda de peso, na falta de confiança destes em relação à capacidade da participante em atingir objectivos, no sentimento de indiferença, reforço negativo e crítica destrutiva por parte dos outros em situações do passado

História do Peso

categoria que engloba todas as respostas, expressões ou termos que as participantes utilizam, que possam dar informação sobre a história pessoal em termos de peso e IMC, nomeadamente como surgiu o excesso de peso e/ou obesidade actual – se há mais tempo ou mais recentemente e se de forma progressiva e lenta ou na sequência de acontecimento de vida marcante – e a história em termos de anteriores tentativas de perda de peso – se existiram ou não

1) Aumento de peso no passado/presente

- passado

todo o tipo de respostas que descrevam um aumento de peso ao longo da vida menos recente

- presente

todo o tipo de respostas que descrevam um aumento de peso nos últimos anos, há pouco tempo

2) Aumento de peso progressivo/situação marcante

- aumento progressivo

todo o tipo de respostas que descrevam um aumento lento e gradual de peso ao longo da vida

- aumento em situação marcante

todo o tipo de respostas que descrevam um aumento de peso repentino, que a participante descreve como tendo sido despoletado por evento de vida marcante

3) Oscilações frequentes do peso

todo o tipo de respostas que remetam para repetidos ganhos e perdas de peso ao longo da vida

4) Estabilidade do peso

todo o tipo de respostas que remetam para uma história de peso estável ao longo da vida, no sentido de um excesso de peso e/ou obesidade conhecidas desde sempre pela participante

5) Tentativas anteriores de perda de peso

- ausência

todo o tipo de respostas que remetam para a inexistência de tentativas anteriores de perda de peso

- tentativas acompanhadas por profissionais/não acompanhadas ou ambas

todo o tipo de respostas que remetam para a descrição do tipo de tentativas, se dietas “caseiras” ou tentativas mais consistentes, acompanhadas por profissionais: nutricionistas, médicos, programas definidos, entre outras

ATRIBUIÇÃO DA RESPONSABILIDADE DO EXCESSO DE PESO/OBESIDADE

categoria que engloba todas as respostas, expressões ou termos que as participantes utilizam, que possam indicar a tendência do tipo de atribuição causal que fazem – interna ou externa – no que respeita às razões que levaram ao excesso de peso e/ou obesidade, ou seja, a predominância de um *locus* de controlo focado na causalidade externa, atribuindo a responsabilidade do excesso de peso a causas externas ao próprio ou, pelo contrário, de um *locus* de controlo interno, atribuindo a causas internas ao próprio. Remete-nos para o tipo de regulação e para os comportamentos extrínseca ou intrínsecamente motivados, para um menor ou maior grau de autonomia do indivíduo

1) Responsabilidade atribuída a condicionantes externas

todo o tipo de respostas que mais vezes remetam para a responsabilização do excesso de peso a condicionantes externas ao próprio: razões de saúde, de anterior(es) gravidez(es), da “norma” de peso da família, de eventos ou períodos marcantes como p.e. morte/doença de pessoa próxima ou mudança de trabalho, de características genéticas, de características de constituição física, entre outras; respostas em que o próprio não se coloca em causa, como parte integrante e agente no seu processo de ganho de peso

2) Responsabilidade atribuída a condicionantes internas (actos do próprio)

todo o tipo de respostas que mais vezes remetam para a responsabilização do excesso de peso a condicionantes internas: estilo de vida sedentário, falta de prática de exercício físico, alimentação desequilibrada e/ou desregulada, dificuldade e desmotivação na mudança de comportamentos, desinteresse em si próprio, entre outras; respostas em que o próprio se coloca em causa, como parte integrante e agente no seu processo de ganho de peso

Relação com a Alimentação

categoria que engloba todas as respostas, expressões ou termos que as participantes utilizam, que possam dar indicação da forma como gerem a questão da alimentação, da importância que esta tem e das dificuldades face à mesma

1) Positiva/Saudável

todo o tipo de respostas que remetam mais vezes para uma relação preocupada/atenta com a alimentação, com cuidados especiais na escolha saudável dos alimentos, associada a emoções positivas (p.e., prazer, descontração, bem-estar) e a um sentimento de auto-eficácia alimentar e de capacidade para a mudança de hábitos alimentares

2) Negativa/Inadequada

todo o tipo de respostas que remetam mais vezes para uma relação preocupada/ansiosígenica com a alimentação, despreocupada e sem cuidados especiais na escolha saudável dos alimentos, associada a comportamentos de compulsão/voracidade alimentar e a emoções negativas (p.e., ansiedade, depressão), culpabilidade, a ausência clara de sentimento de auto-eficácia alimentar e a respostas que revelem um desconhecimento e falta de reflexão em relação à alimentação

Relação com o Exercício Físico

categoria que engloba todas as respostas, expressões ou termos que as participantes utilizam, que possam dar indicação da forma como gerem a questão da prática de exercício físico, da importância que este tem e das dificuldades face ao mesmo

1) Positiva/Saudável

todo o tipo de respostas que remetam mais vezes para uma relação preocupada/atenta com o exercício físico, associada a emoções positivas (p.e., relaxação, bem-estar geral), a um sentimento de auto-eficácia desportiva, a competência física e associada a intenção e capacidade para a mudança para um estilo de vida mais activo

2) Negativa/Inadequada

todo o tipo de respostas que remetam mais vezes para uma relação despreocupada com o exercício físico, associada a emoções negativas (p.e., ansiedade por fobia social, aborrecimento, desinteresse), a sentimento de incompetência física, a dificuldades em realizar actividades por questões de saúde, a dificuldades de integração à maioria das opções de prática de actividade física, por não se gostar da actividade em si, e a resistência à mudança para um estilo de vida mais activo

3) História passada de prática de actividade física/desporto

- actividade física e desporto regular

todo o tipo de respostas que remetam para a prática de actividade física regular no passado, para a prática que vai além da escolar – a extra-curricular, incluindo a prática de desporto de competição

- actividade física ausente ou irregular

todo o tipo de respostas que remetam para a prática de actividade física unicamente durante a fase escolar, prática de actividade física muito irregular ao longo da vida ou para a total ausência de actividade física no passado

Relação com o Corpo/Imagem Corporal

categoria que engloba todas as respostas, expressões ou termos que as participantes utilizam, que possam dar indicação da forma como se sentem em relação ao seu corpo, como gerem a imagem corporal e a importância que esta tem em termos de impacto na auto-estima

1) Positiva/Saudável

todo o tipo de respostas que remetam mais vezes para uma relação saudável com o corpo, o prazer em comportamentos como olhar-se ao espelho, ver-se em fotografias, comprar roupa, cuidar da imagem, o evocar de partes do corpo das quais se gosta mais

2) Negativa/Inadequada

todo o tipo de respostas que remetam mais vezes para uma relação doentia com o corpo, o evitamento de comportamentos como olhar-se ao espelho, ver-se em fotografias, comprar roupa, desinteresse em cuidar da imagem, sentimentos de vergonha, fobia social, distorção da imagem, controlo excessivo do seu corpo

VULNERABILIDADE AO STRESS

categoria que engloba todas as respostas, expressões ou termos que as participantes utilizam, que possam dar informação de factores de stress no presente e/ou possíveis factores de stress no futuro e mudanças anunciadas, nos diversos contextos e papéis sociais

1) Ausência de factores de stress (valorizados pela participante)

todo o tipo de respostas que remetam para a ausência de factores de stress no presente e ausência de mudanças anunciadas no futuro

2) Stress ao nível familiar

todo o tipo de respostas que remetam para stress percebido, presente e futuro, no que respeita ao contexto familiar, preocupação com a saúde e educação dos filhos e outros familiares próximos, mortes ou doenças recentes, divórcios e separações, mudança de casa, entre outros

3) Stress ao nível laboral

todo o tipo de respostas que remetam para stress percebido, presente e futuro, no que respeita ao contexto laboral, dificuldades de relacionamento com o colegas, instabilidade de permanência no emprego, mudança de emprego, entre outros

4) Stress ao nível económico

todo o tipo de respostas que remetam para stress percebido, presente e futuro, no que respeita a questões monetárias, endividamentos, sem possibilidade de apoios, entre outros

GRELHA DE CATEGORIAS

Participante nº ____

Nome (iniciais) ____ ____ ____

Cohort nº ____

OBJECTIVOS E EXPECTATIVAS (da participação no programa)	Perda de peso	Expectativas realistas
		Expectativas irreaisistas
		Obs.:
	Promoção de saúde	Obs.:
	Melhoria da auto-percepção	
	Aquisição de conhecimentos	
	Interacção social	
MOTIVAÇÃO/ESTILO DE REGULAÇÃO	Regulação externa ou parcialmente externa	Obs.:
	Regulação interna ou parcialmente interna	
BARREIRAS À PERDA DE PESO	Organização do tempo	Obs.:
	<i>Prática de actividade física</i>	
	Aquisição de plano alimentar saudável	
	<i>Resistência à frustração/falta de motivação</i>	
CONTEXTO SOCIAL (percepção do sujeito)	Percepção do Suporte Familiar/Social Actual	Positivo
		Negativo
		Obs.:
	Percepção do Suporte Familiar/Social Anterior	Positivo
		Negativo
		Obs.:
	Aumento de peso no passado/presente	Passado
		Presente
	Aumento de peso progressivo/situação marcante	Aumento progressivo
		Aumento em situação marcante

	Oscilações frequentes do peso/estabilidade do peso	Oscilações Estabilidade
	Tentativas anteriores de perda de peso	Ausência de tentativas de perda de peso
		Tentativas S/acompanhamento profissional Tentativas C/acompanhamento profissional Tentativas S/ e C/acompanhamento profissional
ATRIBUIÇÃO DA RESPONSABILIDADE DO EXCESSO DE PESO/ OBESIDADE	Responsabilidade atribuída a condicionantes externas	Obs.:
	Responsabilidade atribuída a condicionantes internas (actos do próprio)	
<i>Relação com a Alimentação</i>	Positiva/Saudável	Obs.:
	Negativa/Inadequada	
<i>Relação com o Exercício Físico</i>	Positiva/Saudável	Obs.:
	Negativa/Inadequada	
	História passada de prática de actividade física/desporto	Actividade física e desporto regular Actividade física ausente ou irregular
<i>Relação com o Corpo/Imagem Corporal</i>	Positiva/Saudável	Obs.:
	Negativa/Inadequada	
VULNERABILIDADE AO STRESS	Ausência de factores de stress (valorizados pela participante)	Obs.:
	Stress ao nível familiar	
	Stress ao nível laboral	
	Stress ao nível económico	

Notas/Observações: